



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Jéssica Grativol Aguiar Dias de Oliveira

**Memórias e representações dos cuidados de saúde prestados por
enfermeiros às pessoas vivendo com HIV**

Rio de Janeiro

2021

Jéssica Grativol Aguiar Dias de Oliveira

**Memórias e representações dos cuidados de saúde prestados por enfermeiros às pessoas
vivendo com HIV**

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Denize Cristina de Oliveira

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

O48	<p>Oliveira, Jéssica Grativol Aguiar Dias de. Memórias e representações dos cuidados de saúde prestados por enfermeiros às pessoas vivendo com HIV / Jéssica Grativol Aguiar Dias de Oliveira. - 2021. 124 f.</p> <p>Orientadora: Denize Cristina de Oliveira Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. HIV. 2. Representações sociais. 3. Enfermeiros. 4. Cuidados de Enfermagem. I. Oliveira, Denize Cristina de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">614.253.5</p>
-----	---

Kárin Cardoso CRB/7 6287

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

Assinatura

Data

Jéssica Grativol Aguiar Dias de Oliveira

**Memórias e representações dos cuidados de saúde prestados por enfermeiros às pessoas
vivendo com HIV**

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

Aprovada em 25 de maio de 2021.

Banca examinadora:

Prof^a. Dra. Denize Cristina de Oliveira (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof^a. Dra. Gláucia Alexandre Formozo

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, a Nossa Senhora, aos meus pais Helio e Regina e a todos aqueles (que foram muitos) que me ajudaram a concluir mais esta etapa.

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo a Deus e a minha mãe Maria pelas bênçãos concedidas! Ah meu Deus, quantas orações a cada viagem para estudar, a cada dificuldade enfrentada. Só tenho a agradecer o amparo e amor.

Agradeço aos meus pais Helio e Regina por terem confiado em mim todos esses anos e na minha capacidade para vencer obstáculos, que não foram poucos. Aos meus irmãos Paulo e Thalita que sempre me incentivaram.

Agradeço as minhas chefias de enfermagem que me possibilitaram as diversas trocas de plantão para poder estudar no Rio de Janeiro. Não tenho palavras para descrever o quanto sou grata.

Aos meus parceiros de profissão os enfermeiros: Vinícios, Priscila, Juliana, Cecília e Lúcio, que todas as vezes que precisei prontamente me ajudaram para que eu pudesse frequentar as aulas. A vocês, meus anjos, minha eterna gratidão.

Aos meus amigos e técnicos de enfermagem que nos plantões sempre me deram uma palavra amiga, de incentivo e carinho.

A minha orientadora, professora Denize, por todo conhecimento partilhado, pela paciência e pela honra de fazer parte do seu grupo de orientandos. A Juliana, doutoranda da mesma linha de pesquisa que tanto me ajudou e participou do processo de evolução e construção deste trabalho.

Ao meu querido orientador da graduação Érick Igor dos Santos (*in memoriam*) responsável por me inserir nas representações sociais ainda na graduação na Universidade Federal Fluminense.

Agradeço, também, a todos àqueles que me ajudaram com abraços, cafés, amor e a vencer mais essa etapa.

Não se chega à glória por um caminho de flores.

autor desconhecido

RESUMO

OLIVEIRA, Jéssica Grativol Aguiar dias de. **Memórias e representações dos cuidados de saúde prestados por enfermeiros às pessoas vivendo com HIV**. 2021. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Introdução: O objeto de estudo consiste nas representações e memórias das práticas de cuidados de saúde realizadas por enfermeiros às pessoas vivendo com HIV. Objetivo: objetivo geral foi analisar as memórias e as representações sociais das práticas de cuidados de saúde prestados por enfermeiros às pessoas vivendo com HIV, em nível ambulatorial. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, associada à perspectiva da memória social. O estudo foi desenvolvido a partir de 28 entrevistas com enfermeiros atuando nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, em serviços especializados de atenção às pessoas vivendo com HIV. A coleta de dados foi realizada entre 2011 e 2013 e foi utilizado um questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada. As entrevistas foram submetidas a análise temático-categorial. Resultados: Os resultados se expressam em seis categorias que são: 1. Dimensão conceitual do cuidado de saúde; 2. Modalidades de cuidado de saúde prestados/exigidos às pessoas vivendo com HIV; 3. Modalidades de cuidado de enfermagem prestados às pessoas vivendo com HIV; 4. Recursos tecnológicos e profissionais para o cuidado de saúde; 5. Qualidade do cuidado, facilidades e dificuldades enfrentadas nas práticas do cuidado de saúde; 6. Atuação profissional do início da epidemia até o ano de 2013. Observou-se, desde o início da epidemia de aids e até 2013, uma crescente evolução e modificação das representações sociais e das práticas de cuidado de saúde às pessoas vivendo com HIV, que foram se adaptando às mudanças tecnológicas, aos avanços da ciência, à introdução da terapia antirretroviral e à cronicidade da aids, caracterizando em 2013 um cuidado de saúde integral. Conclusão: As representações sociais elaboradas na sociedade, ao longo da epidemia, influenciaram as práticas dos enfermeiros e dos demais profissionais de saúde. Nota-se um importante movimento de mudança comportamental e de práticas em relação aos cuidados profissionais que tem se tornado mais científico, mais acessível e mais inclusivo.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde. Pessoa vivendo com HIV. Memória Social. Teoria das Representações Sociais. Enfermeiro.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Jéssica Grativol Aguiar Dias de. **Memories and representations of health care provided by nurses to people living with HIV**. 2021. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Introduction: The object of study consists of representations and memories of health care practices performed by nurses to people living with HIV. **Objective:** general objective was to analyze the memories and social representations of health care practices provided by nurses to people living with HIV, on an outpatient basis. **Methodology:** This is a qualitative research, based on the Theory of Social Representations, associated with the perspective of social memory. The study was developed from 28 interviews with nurses working in the North, Northeast and Southeast regions, in specialized care services for people living with HIV. Data collection was carried out between 2011 and 2013 and a sociodemographic questionnaire and semi-structured interview were used. The interviews were submitted to categorical thematic analysis. **Results:** The results are expressed in six categories, which are: 1. Conceptual dimension of health care; 2. Health care modalities provided / required to people living with HIV; 3. Nursing care modalities provided to people living with HIV; 4. Technological and professional resources for health care; 5. Quality of care facilities and difficulties faced in health care practices 6. Professional performance at the beginning of the epidemic until 2013. Since the beginning of the aids epidemic and until 2013, there has been an increasing evolution and modification in social representations and health care practices for people living with HIV, who have been adapting to technological changes, advances in science, the introduction of antiretroviral therapy and the chronicity of aids, characterizing in 2013 a integral health care. **Conclusion:** The social representations developed in society, throughout the epidemic, influenced the practices of nurses and other health professionals. There is an important movement of behavioral change and practices in relation to professional care that has become more scientific, more accessible, and more inclusive.

Keywords: Health Care. Person living with HIV. Social Memory. Theory of Social Representations. Nurse.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos participantes por município. Brasil, 2020.....	55
Tabela 2 -	Distribuição dos participantes por região. Brasil, 2020.....	55
Tabela 3 -	Distribuição dos participantes por faixa etária. Brasil, 2020.....	56
Tabela 4 -	Distribuição dos participantes de acordo com estado marital. Brasil, 2020.....	57
Tabela 5 -	Distribuição dos participantes de acordo com a renda pessoal mensal em reais. Brasil, 2020.....	57
Tabela 6 -	Distribuição dos participantes de acordo com a religião. Brasil, 2020....	58
Tabela 7 -	Distribuição dos participantes de acordo com orientação política. Brasil, 2020.....	58
Tabela 8 -	Distribuição dos participantes de acordo com nível de formação. Brasil, 2020.....	59
Tabela 9 -	Distribuição dos participantes de acordo com tempo de formação profissional, Brasil, 2020.....	59
Tabela 10-	Distribuição dos participantes de acordo com tempo de atuação com pessoas vivendo com HIV. Brasil, 2020.....	60
Tabela 11 -	Distribuição dos participantes de acordo com suspeita de ter se contaminado com HIV. Brasil, 2020.....	60
Tabela 12 -	Distribuição dos participantes de acordo com a autorrealização do teste anti-HIV. Brasil, 2020.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica em aids
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretroviral
CID	Código Internacional de Doença
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRT	Centro de Referência e Treinamento
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à Aids
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LECIONAI	Laboratório sobre Enfermagem, Cuidado, Inovação e organização da assistência ao Adulto ou ao Idoso.
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PrEP	Profilaxia pré-Exposição
QV	Qualidade de Vida
RAS	Rede de Atenção a Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SINAN	Sistema de Informação Nacional de Notificações de doenças
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TRS	Teoria das Representações Sociais
UDM	Assistência Domiciliar Terapêutica em aids
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UR	Unidade de Registro
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	12
1	REFERENCIAL TEMÁTICO.....	17
1.1	Aspectos históricos, epidemiológicos e a construção de políticas de atenção à saúde às pessoas vivendo com HIV no Brasil	17
1.2	O conceito de cuidado de saúde e as práticas de cuidados de enfermeiros às pessoas vivendo com HIV.....	24
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	34
2.1	Teoria das Representações Sociais e sua aplicabilidade nos campos da saúde e do HIV/Aids.....	34
2.2	Memórias sociais e representações sociais do cuidado às pessoas vivendo com HIV	44
3	METODOLOGIA.....	48
3.1	Desenho do estudo.....	48
3.2	Cenário do estudo.....	49
3.3	Participantes da pesquisa.....	50
3.4	Coleta de dados.....	51
3.5	Aspectos éticos da pesquisa.....	53
3.6	Análise de dados.....	53
4	RESULTADOS.....	55
4.1	Caracterização do grupo de enfermeiros estudados.....	55
4.2	Memórias e representações do cuidado de saúde às pessoas vivendo com HIV.....	61
4.2.1	<u>Categoria 1: Dimensão conceitual do cuidado de saúde</u>	62
4.2.2	<u>Categoria 2: Modalidades de cuidado de saúde prestados/exigidos às pessoas vivendo com HIV</u>	63
4.2.3	<u>Categoria 3: Modalidades de cuidado de enfermagem prestados às pessoas vivendo com HIV</u>	65
4.2.4	<u>Categoria 4: Recursos tecnológicos e profissionais para o cuidado de saúde</u>	66

4.2.5	<u>Categoria 5: Qualidade do cuidado, facilidades e dificuldades enfrentadas nas práticas de cuidado de saúde</u>	69
4.2.6	<u>A categoria 6: Atuação profissional do início da epidemia até o início de 2010</u>	71
5	DISCUSSÃO	74
	CONCLUSÃO	93
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE - Categorias e unidades de significação a partir das entrevistas dos enfermeiros.....	108
	ANEXO A - Questionário de caracterização dos sujeitos e do serviço	108
	ANEXO B - Roteiro de entrevista.....	112
	ANEXO C - Aprovação do CONEP.....	114
	ANEXO D - Autorização do Comitê de Ética 1.....	115
	ANEXO E - Autorização do Comitê de Ética 2.....	116
	ANEXO F - Autorização do Comitê de Ética 3.....	117
	ANEXO G - Autorização do Comitê de Ética 4.....	118
	ANEXO H - Autorização do Comitê de Ética 5.....	119
	ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	120

INTRODUÇÃO

Esta dissertação apresenta como tema central as memórias e representações sociais dos cuidados de saúde prestados por enfermeiros às pessoas vivendo com Vírus da imunodeficiência humana (HIV). Refere-se aos cuidados de saúde prestados por enfermeiros considerando que a atuação profissional se desenvolve dentro de uma equipe multiprofissional, na qual os cuidados são partilhados em uma perspectiva de integralidade e interdisciplinaridade do cuidado, na qual o enfermeiro está inserido.

Esta pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico nacional intitulado “As transformações do cuidado de saúde em tempos de aids: memórias e representações de profissionais de saúde e enfermagem no Brasil”, coordenado pela orientadora.

A motivação para o desenvolvimento do estudo foi a necessidade de ampliar e aprofundar o conhecimento sobre os cuidados de saúde prestados por enfermeiros às pessoas vivendo com HIV, sob a perspectiva das representações sociais, tema que a aluna começou a estudar durante a graduação em enfermagem. Essa discussão se faz necessária na medida em que o enfermeiro tem papel importante nas ações para sensibilização, orientações acerca da doença e seu enfrentamento, bem como acompanhamento da adesão terapêutica do paciente (COLAÇO, et al., 2019). Sabe-se, também, que as representações construídas pelos profissionais de enfermagem podem influenciar as práticas de cuidado de saúde, o que reafirma a pertinência do estudo (FORMOZO, OLIVEIRA, 2010).

Ainda nesta perspectiva, durante a graduação na Universidade Federal Fluminense, polo universitário localizado na cidade de Rio das Ostras, tive a oportunidade de participar do grupo de pesquisa denominado Laboratório sobre Enfermagem, Cuidado, Inovação e Organização da Assistência ao Adulto ou ao Idoso (LECIONAI). Nesse grupo eram desenvolvidos projetos referentes ao cuidado aos adultos e idosos do qual participei, o que deu origem ao meu trabalho de conclusão de curso de graduação.

Quanto à história oficial da aids, remete-se ao início da década de 1980, quando surgiram nos Estados Unidos pessoas adoecidas com graves quadros de imunodepressão, a qual mais tarde se configurou como uma infecção pelo HIV. A descoberta do vírus e, posteriormente, de uma doença infecciosa letal e desconhecida (aids) causou um impacto científico e social neste momento histórico (FERREIRA, SILVA, 2012).

Já no Brasil, o contexto histórico da epidemia do HIV e o desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) aponta que o primeiro caso da infecção foi

identificado no estado de São Paulo, em 1982, e que o Sudeste foi tido como a região de disseminação da epidemia no país. Após a notificação do primeiro caso, em Santa Catarina, a primeira notificação ocorreu no ano de 1984, no município de Chapecó; no ano de 1986 foram notificados nove casos no mesmo estado e dentre estes, três casos no município de Florianópolis. Desde então, a disseminação progressiva de casos de aids em algumas cidades catarinenses passou a se destacar no cenário nacional, chamando a atenção das autoridades em saúde (MALISKA, et al., 2015).

Entre as décadas de 1990 e os anos 2000, observou-se uma transição epidemiológica da doença. A aids passou gradativamente a se distribuir pelo país, deixando de ser uma doença dos grandes centros urbanos para chegar aos municípios menores, processo denominado de interiorização da epidemia (SZWARCWALD, et al., 2000). Diante das profundas desigualdades da sociedade brasileira e de suas regiões, a propagação da infecção pelo HIV e da aids revela uma epidemia de múltiplas dimensões, que vem sofrendo transformações com o passar do tempo (BRITO, CASTILHO, SZWARCWALD, 2001).

Um importante marco na trajetória da epidemia ocorreu no ano de 1996, quando foi aprovada a Lei 9.313/96 que assegura a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais às pessoas vivendo com HIV. A universalização do tratamento resultou em diminuição da mortalidade e aumento da sobrevivência destas pessoas (BRASIL, 1996). Outro marco, considerado um avanço em termos de políticas, foi a aprovação da Portaria Ministerial nº 1.271/2014, publicada no DOU de 09/06/2014, que atualizou a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória em âmbito nacional. A partir desta Portaria, passaram a ser listadas também a “Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids)”, a “Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV” e a “Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)” (BRASIL, 2014).

Anteriormente a publicação mencionada, apenas a aids e a infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas eram notificadas. A inclusão da notificação compulsória para a infecção pelo HIV possui como objetivo ampliar e aprimorar o acompanhamento do perfil epidemiológico da doença (BRASIL, 2014). Isto, conseqüentemente, contribuiu para as estratégias de cuidados, além de direcionar as políticas de saúde.

Quanto ao cuidado, este faz parte da natureza e da constituição do ser humano. A ausência do cuidado, desde o nascimento até a morte, faz com que o ser humano defina, se desestruture, perca o sentido e morra, pois o cuidado é a base que possibilita a existência humana, estando presente em tudo o que o ser humano faz e projeta (BOFF, 2014).

O conhecimento científico considera o cuidado de saúde como “um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento”. Tal entendimento mantém a noção de cuidado em torno dos recursos e medidas terapêuticas e, também, nos procedimentos aplicados (ANÉAS, AYRES, 2011, p. 652).

Visto o aumento no número de casos e sendo cada vez mais frequentes pessoas vivendo com HIV e necessitando de cuidados, a enfermagem, ao longo do seu processo histórico, vem construindo diferentes representações em relação a esse processo de cuidar. Assim, destaca-se uma tendência direcionada ao estabelecimento de assistência que consiga superar a imagem tradicional, tecnicista e biologicista, para uma visão mais ampla de cuidado, capaz de integrar corpo/mente, objetividade/subjetividade, de forma a contemplar o sujeito e o grupo social em suas diversas nuances (MACEDO, SENA, MIRANDA, 2013).

A percepção dos profissionais acerca do HIV/Aids e o cuidado a esse grupo tem sofrido modificações ao longo do tempo, desde o seu surgimento, na década de 1980, quando o HIV foi incluído no panorama do cuidado. A representação da aids sofreu modificações ao longo do tempo, antes considerada doença associada aos grupos gays e prostitutas, passou a atingir mulheres e crianças. Isto promoveu mudanças nas representações sociais sobre a doença inclusive entre os profissionais de saúde, bem como mudanças nas suas práticas.

Como demonstra o estudo de Oliveira (2013) com profissionais de saúde, nota-se que a estrutura da representação social da aids sofreu mudanças. Nos anos 80 e início de 90 os elementos centrais da representação dos profissionais eram morte, sofrimento, medo e prevenção. A partir dos anos 90 e início dos anos 2000 estes elementos passam a ser educação em saúde, precaução profissional e tratamento. Além das mudanças nas representações da aids, observou-se mudanças importantes nas práticas de cuidado dos profissionais.

Um estudo realizado por Oliveira (2013) aponta que a ausência de referências médicas no início da epidemia, favoreceu uma qualificação social da doença e, antes que as pesquisas biológicas trouxessem esclarecimentos sobre a natureza da aids, as pessoas elaboraram teorias apoiadas nas suas vivências. Isto apresenta-se como fruto de um complexo processo de construções simbólicas, oriundas das interações humanas, contribuindo para o conhecimento dos modos de pensar associados à síndrome e para as práticas profissionais em saúde.

Sabe-se que a temática abrange preconceitos e discriminação que fazem parte das representações sobre a doença e da sua construção histórico-social. A enfermagem, como grupo social, por vezes, constrói representações que podem influenciar no cuidado prestado. Desta forma, é preciso lembrar as particularidades da problemática que cerca os sujeitos que

compõem a equipe de enfermagem, seja como pessoas na vida privada ou como profissionais (FORMOZO, OLIVEIRA, 2010).

Estudos das representações sociais do HIV/Aids e do cuidado têm demonstrado que as pessoas vivendo com HIV experimentam sentimentos de tristeza, revolta, medo, negação, pena, dor e sofrimento frente a doença. Parte desse sofrimento se dá por imagens criadas pelos indivíduos em relação às pessoas vivendo com HIV, assimilando-as à magreza adjetivada como cadavérica e à morte. Esses elementos fazem parte das memórias sociais daqueles que conviveram com o HIV/Aids, mesmo após as evoluções tecnológicas e o aumento da sobrevida característicos da atual fase da síndrome no Brasil (FORMOZO, OLIVEIRA, 2010).

Desta forma, para abarcar a complexidade do objeto de estudo definido como as representações e memórias das práticas de cuidado de saúde às pessoas vivendo com HIV, utilizou-se como base teórica a Teoria das Representações Sociais (TRS) associada aos conceitos do campo da memória social.

A TRS, de acordo com Moscovici (2005), compreende teorias do senso comum pelas quais se procede à interpretação e a construção das realidades sociais.

De acordo com Sá (2002, p.29):

O termo representações sociais designa tanto um conjunto de fenômenos, quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos.

Sá (2005; 2007; 2009; 2013) descreve sete instâncias da memória social, que são: memórias pessoais, memórias comuns, memórias coletivas, memórias históricas documentais, memórias históricas orais, memórias práticas e memórias públicas. Algumas destas categorias podem se transformar em outras, podendo incorporar ainda “outras memórias”. Por memória coletiva entende-se “um conjunto de representações sociais acerca do passado que cada grupo produz, institucionaliza, guarda e transmite através da interação de seus membros” (JEDLOWSKI apud SÁ, 2007, p. 292); por memórias comuns designa-se “lembranças que são comuns a conjuntos mais ou menos amplos de pessoas que não se mantêm necessariamente em interação e que, portanto, não chegam a discuti-las ou a elaborá-las coletivamente” (JEDLOWSKI apud SÁ, 2007, p. 293); a memória social foi caracterizada como “o inteiro conjunto dos fenômenos ou instâncias sociais da memória” (JEDLOWSKI apud SÁ, 2007, p. 292); e por memória pública, entende-se “o campo da vida nas modernas sociedades democráticas onde as crenças dos cidadãos acerca dos assuntos políticos são discutidas” (JEDLOWSKI apud SÁ, 2007, p. 294).

Considerando a intenção de compreender a constituição e a transformação das práticas de cuidado de saúde desenvolvidas por enfermeiros, o objetivo geral desta pesquisa foi analisar as memórias e as representações sociais das práticas de cuidado de saúde e de enfermagem prestados por enfermeiros às pessoas vivendo com HIV. Os objetivos específicos foram:

- a) Descrever as representações sociais do cuidado de saúde prestado às pessoas que vivem com HIV entre enfermeiros;
- b) Descrever as memórias das práticas de cuidado de saúde prestados às pessoas vivendo com HIV, por enfermeiros ao longo de sua trajetória profissional; Discutir as representações e as memórias de cuidado a esse grupo social no passado como subsídios para as práticas de cuidado no presente.

A escolha do tema justifica-se pela necessidade de melhor compreender o objeto de estudo, ampliando o leque de discussão sobre as contribuições das representações e memórias sociais para a explicação das práticas de cuidado de saúde, realizados por enfermeiros, e dirigidas às pessoas vivendo com HIV.

Acredita-se, desta forma, que compreender a complexidade que envolve o processo de constituição das práticas de cuidados às pessoas vivendo com HIV para enfermeiros pode contribuir para a construção de ações mais ampliadas, orientadas pelos objetivos e pelas diretrizes do sistema de saúde. Sendo assim, considera-se este estudo relevante para análise e discussão das memórias do cuidado de saúde, a fim de conhecer os significados construídos pelos enfermeiros sobre a sua prática. A visibilidade dos objetos de estudo como aids e cuidado através da interpretação dos discursos sociais, torna-se viável com a Teoria das Representações Sociais, que permite compreender e discutir as intenções subjacentes dos atores individuais e coletivos, assim como suas crenças, afetos e pensamentos expressos por meio de discursos racionais (SPINK, 2013).

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 Aspectos históricos, epidemiológicos e a construção de políticas de atenção à saúde às pessoas vivendo com HIV no Brasil

De acordo com o Ministério da Saúde a aids é a doença causada pelo HIV, ele ataca o sistema imunológico que é responsável por defender o organismo de doenças. As células de defesa mais atingidas são os linfócitos T CD4+, pois durante a infecção são as mais atacadas. Na primeira fase, chamada de infecção aguda ocorre a incubação do HIV (tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença) e esse período varia de três a seis semanas (BRASIL, 2020).

A próxima fase é marcada pela forte interação entre as células de defesa e as constantes e rápidas mutações do vírus. Com o frequente ataque, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas, inicia-se, então, a fase sintomática caracterizada pela redução dos linfócitos T CD4+ e baixa imunidade. Esta favorece o aparecimento de doenças oportunistas, que recebem esse nome por se aproveitarem da fraqueza do organismo. Com isso, atinge-se o estágio mais avançado da doença, a aids (BRASIL, 2020).

Quanto aos aspectos epidemiológicos, de 1980 a junho de 2020, foram identificados 1.011.617 casos de aids no Brasil. O país tem registrado, anualmente, uma média de 39 mil novos casos nos últimos cinco anos. O número anual vem diminuindo desde 2013, quando se observaram 43.368 casos; em 2019 foram registrados 37.308 casos. A distribuição proporcional dos casos de aids, identificados de 1980 até junho de 2020, mostra uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 51,0% e 19,9% do total de casos; as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste correspondem a 16,2%, 6,7% e 6,2% do total dos casos, respectivamente. Nos últimos cinco anos (2015 a 2019), a região Norte apresentou uma média de 4,5 mil casos ao ano; o Nordeste, 9,0 mil; o Sudeste, 15,0 mil; o Sul, 7,5 mil; e o Centro-Oeste, 2,9 mil (BRASIL, 2020).

De acordo com o boletim epidemiológico de 2020, de 2007 até junho de 2020, foram notificados no Sinan 342.459 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 152.029 (44,4%) na região Sudeste, 68.385 (20,0%) na região Sul, 65.106 (19,0%) na região Nordeste, 30.943 (9,0%) na região Norte e 25.966 (7,6%) na região Centro-Oeste. No ano de 2019, foram

notificados 41.919 casos de infecção pelo HIV, sendo 4.948 (11,8%) casos na região Norte, 10.752 (25,6%) no Nordeste, 14.778 (35,3%) no Sudeste, 7.639 (18,2%) no Sul e 3.802 (9,1%) no Centro-Oeste (BRASIL, 2020).

As características epidemiológicas do HIV/Aids trouxeram consigo uma série de problemas sociais e morais, não apenas questões de ordem médica. As primeiras vítimas mais evidentes da doença – homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis – reacenderam discussões de ordem moral e ética (PORTINARI, WOLFGANG, 2017).

Se a década de 1960 ficou marcada pelas fantasias de liberação sexual, a de 1980, graças à condução social da epidemia, inseriu-se um contexto de controle absoluto e de uma suposta higienização dos hábitos sexuais. A primeira resposta à epidemia por parte dos governos passou pela tentativa de se promover um controle dos hábitos sexuais, aliado à manutenção de uma sexualidade responsável/saudável, consolidando um modelo de prevenção e cuidado de saúde ligado ao HIV/Aids. Este promovia uma espécie de equação da moralidade na qual a castidade somada à monogamia e ao matrimônio resultava na segurança e na certeza da soronegatividade (PORTINARI, WOLFGANG, 2017).

No início da pandemia, os casos se restringiam a um determinado grupo, sendo por isso adotado, temporariamente, o termo Doença dos 5H-Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroínômanos (usuários de heroína injetável), *Hookers* (profissionais do sexo em inglês), ou seja, foram conhecidos como os possíveis fatores de transmissão. Estes ficaram conhecidos como os “grupos de risco” (SOUSA, et al., 2012).

Na época, o então crescente número de contaminações associadas a homossexuais masculinos forneceu munição para a criação de categorias de suscetibilidade ao vírus. Entre as primeiras causas levantadas para se explicar uma possível contaminação estavam a “vivência desregrada”, os “estilos de vida alternativos” e a homossexualidade masculina. Um discurso sintetizado por parte da imprensa batizou a doença como “câncer gay”. Imagens em jornais e revistas retratavam as vítimas da doença, voluntária ou involuntariamente, nos corredores dos hospitais nos anos de 1980, no Brasil e no mundo. Esse conjunto de movimentos resultava no fomento da desinformação e do preconceito (PORTINARI, WOLFGANG, 2017).

As primeiras campanhas oficiais de cuidados e prevenção à aids começaram a ser veiculadas na mídia apenas no final da primeira metade dos anos de 1980. A primeira delas, intitulada “Aids, você precisa saber evitar”, ocorreu em 1987. Foi seguida pela campanha “Aids, pare com isso!” que contou com uma série de filmes informativos veiculados durante

os anos de 1988 e 1989, pelo Ministério da Saúde. Neste primeiro momento visava-se demonstrar o quão mortal era a doença. A segunda campanha, por sua vez, focava basicamente a questão da desestigmatização do soropositivo, buscando divulgar mensagens de estímulo à convivência entre o soropositivo, seus amigos e familiares. Essa tentativa de desestigmatização foi tema de campanhas de prevenção no mundo na segunda metade dos anos de 1980. Posteriormente, a associação da doença à morte e à morbidez e aos “grupos de risco”, foi, gradualmente, se dissipando e dando lugar ao discurso do sexo seguro e da sexualidade responsável (WOLFGANG, PORTINARI, FERREIRA, 2017).

Quanto à origem do vírus, permanece indefinida, sendo pauta de discussão e pesquisa entre cientistas e pesquisadores. A origem do HIV-2 é, com certeza, africana. No entanto, o problema da origem do HIV-1 continua. De acordo com o Craveiro (2006), a infecção pelo HIV começou a ser observada na metade do século XX. Os relatos iniciais contam que a doença surgiu na África Central e, provavelmente, pela mutação do vírus do macaco. Algumas experiências comprovam que a transmissão parece estar relacionada com a manipulação de carnes de chimpanzés infectados. A doença, então levada para pequenas comunidades da região central, disseminou-se pelo mundo todo com a globalização.

Nos últimos anos, porém, foram obtidos avanços no conhecimento da patogênese da infecção pelo HIV e várias drogas antirretrovirais (ARV) em uso combinado, chamado de “coquetel”, têm se mostrado eficazes na elevação da contagem de linfócitos T CD4+ e redução nos títulos plasmáticos da carga viral. A história dessa infecção vem sendo modificada pela instituição da terapia antirretroviral (TARV) no Brasil que ocorreu a partir de 1996, quando foi iniciada a distribuição gratuita dos ARV a todas as pessoas vivendo com HIV que necessitavam de tratamento. Tal fato resultou em um aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV, mediante a reconstrução das funções do sistema imunológico e redução de doenças secundárias (BRASIL, 2010).

Os ARV surgiram para impedir a multiplicação do HIV no organismo. Eles ajudam a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. Por isso, o seu uso regular é fundamental para aumentar o tempo e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e reduzir o número de internações e infecções por doenças oportunistas. Atualmente, existem 22 medicamentos, em 38 apresentações farmacêuticas disponíveis (BRASIL, 2020).

Um estudo financiado pelo Ministério da Saúde com 112.103 pacientes adultos e 2.616 crianças de todo o país, entre 2003 e 2007, mostrou o combate ao HIV/Aids no Brasil através de políticas públicas e seus impactos na morbimortalidade. A pesquisa aponta que 70% dos adultos e 87% das crianças diagnosticadas nesse período tiveram sobrevivência

superior a 12 anos. O último estudo a analisar a sobrevida desses pacientes no país foi realizado em 1999 e mostrava uma sobrevida de cerca de nove anos. Em 1996, antes de o Ministério da Saúde ofertar o tratamento universal aos pacientes com aids, a sobrevida era estimada em cerca de cinco anos (BRASIL, 2020).

O uso do tratamento adequado tem possibilitado o aumento da expectativa de vida, porém pessoas vivendo com HIV muitas vezes sofrem com efeitos indesejáveis as medicações, além de ainda serem vítimas de estigma e discriminação. As dificuldades que essa realidade acarreta não podem ser negligenciadas, pois parecem afetar negativamente a percepção da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV (CATUNDA, et al., 2016).

A adesão ao tratamento, o bem-estar físico e mental dos diagnosticados e sua inserção social ficam mais comprometidos com o reforço do estigma como já pré-mencionado. Isso torna evidente que as doenças, morbidades e infecções não se restringem a investigações laboratoriais, ensaios clínicos, protocolos de diagnóstico, inovações terapêuticas e estudos epidemiológicos restritivos. Quando adquirem um nome e assumem significados, as doenças desdobram signos e percepções culturais arraigadas, manifestando-se nas vidas particulares de indivíduos, que, diagnosticados, adquirem outra “cidadania” (SILVA, CUETO, 2018).

Apesar das políticas que vemos hoje, inicialmente, o enfrentamento da aids foi negligenciado pelas autoridades sanitárias, que declaravam o problema como não merecedor de uma atenção especial, por restringir-se a grupos, a priori, denominados de “minoritários”. Reagindo ao estigma e ao risco real, diversos grupos de homossexuais começaram a se mobilizar, iniciando discursos de estímulo ao sexo seguro e contrapondo a imediata correlação da aids ao homossexualismo. Ao longo das décadas de 80 e 90, surgiram diversas Organizações Não-Governamentais (ONGs) destinadas à divulgação de informações sobre a prevenção, auxílio aos portadores de HIV e crítica às alternativas governamentais, tanto no que concerne à assistência aos pacientes como na construção de estratégias de prevenção e educação para a saúde. (SOUSA, et al., 2012).

O contexto sociocultural dos anos 1970 e 1980 foi marcado pela conquista de liberdades individuais e pelo avanço no reconhecimento dos direitos de populações socialmente marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros. É esse ativismo político que permitiu a imediata reação de movimentos sociais frente a aids, tanto no plano da atenção à saúde como na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV. Esse movimento do qual participaram, entre outros, igrejas, setor privado, comunidade científica e ONGs, além de impulsionar as políticas

públicas, permitiu uma organização social fundada na solidariedade, um conceito compreendido no âmbito do movimento social, como uma ação coletiva, cuja finalidade é preservar a cidadania dos doentes e dos grupos mais atingidos (BRASIL, 1998).

Em 1984 se estabeleceu o primeiro programa de controle da aids no Brasil, o Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Por meio da iniciativa de médicos, militantes de esquerda, pessoas ligadas ao movimento homossexual e intelectuais, foi criado no ano de 1985 em São Paulo a Fundação do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), primeira ONG do Brasil e da América Latina ligada a causa da aids. Ainda em 1985, com o fim do regime militar no Brasil, foi criado o programa federal de controle da aids, através da Portaria nº236 de 2 de maio de 1985 e, posteriormente, em 1988 foi criado o Programa Nacional de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e aids (BRASIL, 2013).

Na década de 1990, em 1999, o Ministério da Saúde divulgou a Política Nacional de DST/Aids que prevê princípios, diretrizes e estratégias. Os objetivos principais da política são: reduzir a incidência de infecção pelo HIV/aids e por outras DSTs; ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência melhorando sua qualidade, no que se refere ao HIV/aids; e fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da aids (BRASIL, 1999).

Em 2012, o Ministério da Saúde divulgou a política brasileira de enfrentamento da aids incluindo resultados, avanços e perspectivas. Esse documento aborda questões epidemiológicas, diagnóstico, prevenção, assistência e tratamento, sustentabilidade e gestão, direitos humanos e resposta comunitária (BRASIL, 2012).

No ano de 2014, foi publicado o caderno de boas práticas de cuidado em HIV/aids na atenção básica, que prevê a gestão compartilhada do cuidado do portador do HIV entre a rede primária e a rede secundária (BRASIL, 2014b):

A descentralização da assistência ao HIV/aids na atenção básica visa redefinir a linha de cuidado à aids. Por meio da reorganização dos fluxos, espera-se uma gestão compartilhada do cuidado entre os profissionais da rede primária e secundária e a ampliação do acesso a um infectologista para aqueles que realmente precisam (BRASIL, 2014b, p. 42).

Em 2015, foi lançado um manual direcionado a equipe multiprofissional para o cuidado integral às pessoas vivendo com HIV na atenção básica. Teve como objetivo, além de discutir questões como prevenção e tratamento, o cuidado integral, acolhimento, garantia de direitos, saúde mental e nutrição em abordagem ampla para toda equipe envolvida no cuidado (BRASIL, 2015).

A partir de uma visão cronológica da evolução da história do HIV/Aids, de acordo com Cezar e Draganov (2014, p.154), considera-se:

- a) 1982 - Primeiro caso de aids notificado no Brasil (Região Sudeste), encaminhado para o Hospital Emílio Ribas - São Paulo;
- b) 1984 - Criação do primeiro programa de controle da aids no Brasil, o Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo;
- c) 1985 - Fim do Regime Militar no Brasil e Criação do Programa Federal de Controle da Aids, através da Portaria nº236 de 2 de maio;
- d) 1987 - 2.775 casos no Brasil, início da utilização do AZT (Zidovudina);
- e) 1988 - Criação do Sistema Único de Saúde (SUS - Constituição Federal de 1988, artigo 196 a 200); 1º de dezembro - Dia Mundial de Luta contra a Aids;
- f) 1990 - Morte do cantor e compositor Cazuza, cuja imagem apresentava representatividade da doença;
- g) 1992 - Portaria Interministerial Sheila Cartopassi nº 796/92 2 – Proíbe discriminação de crianças portadoras de HIV/Aids nas escolas; Portaria Interministerial nº 869/92 – Proíbe testagem anti-HIV compulsória de funcionários públicos federais;
- h) 1993 - Aids incluída no Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN); 16.760 casos no Brasil;
- i) 1996 - Lei 9313/96 – Garante a distribuição gratuita e universal de antirretrovirais;
- j) 1999 - Mortalidade dos portadores de AIDS cai 50%;
- k) 2001 - Início do desenvolvimento de vacina contra HIV por cientistas em São Paulo;
- l) 2002 - Lei Estadual (São Paulo) - 11.199/02 – Proíbe a discriminação dos portadores do HIV/Aids;
- m) 2005 - 371.827 casos registrados no Brasil (até Junho);
- n) 2010 - Portaria nº 1.246 MTE - Proíbe teste compulsório do HIV na admissão de trabalhadores;
- o) 2013 - Teste de profilaxia pré-exposição (PREP) com o uso de antirretrovirais (durante 1 ano); Mudança do protocolo de uso de antirretrovirais em adultos;
- p) 2014 - Mudança do protocolo de tratamento do HIV em crianças e adolescentes; vacina HIVBr18 testada em macacos Rheseus pela Universidade de São Paulo;
- q) 2014- LEI Nº 12.984, 2 de junho - Define o crime de discriminação dos portadores do HIV.

Pela Constituição Brasileira, as pessoas vivendo com HIV, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, têm obrigações e direitos garantidos; entre eles, estão a dignidade humana e o acesso à saúde pública. O Brasil possui legislação específica quanto aos grupos mais vulneráveis ao preconceito e à discriminação, como homossexuais, mulheres, negros, crianças, idosos, portadores de doenças crônicas infecciosas e de deficiência. (BRASIL, 2020).

No início do século XXI, a política pública brasileira de enfrentamento da epidemia da aids passou a ser vista como um modelo elogiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (VALLE, 2018). O Brasil, atualmente, apresenta uma das políticas de enfrentamento à aids mais modernas do mundo, destacando-se a forte organização social para a formulação desta e o acesso universal às drogas terapêuticas (SOUSA, et al, 2012). Existem ainda, centros de distribuição de remédios gratuitos, de apoio e testagem diversas, centros de pesquisa de ponta como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) no Rio de Janeiro, o hospital Emílio Ribas em São Paulo, ONGs e grupos de apoio presenciais e virtuais, que visam o bem-estar de quem vive com o vírus, seus parceiros, amigos e familiares (PORTINARI, WOLFGANG, 2017).

O Brasil deu um passo à frente na política de prevenção do HIV com a adoção da chamada PrEP (Profilaxia pré-Exposição), que desde dezembro de 2017 está presente em 36 centros de tratamento de 11 estados brasileiros. É indicada pela OMS desde 2012 a populações mais exposta à infecção, trabalhadores do sexo, por exemplo. A PrEP baseia-se no uso de medicamento antirretroviral por pessoas não infectadas, porém que estão mais sujeitas a exposição ao vírus (SILVA, CUETO, 2018).

No caso do HIV/Aids e da PrEP, observa-se a persistência de preconceitos arraigados no imaginário social, a sanha de segmentos sociais hegemônicos por punir grupos e padrões taxados como “anormais”, a responsabilização de comportamentos individuais. As modificações na abordagem da infecção e nas campanhas educativas ainda não promoveram mudanças substantivas nesse sentido. É uma das muitas áreas em que a luta contra a doença deve continuar, enriquecida por decisões positivas como tornar a PrEP acessível no Brasil (SILVA, CUETO, 2018).

No momento atual, nota-se uma mudança tanto no financiamento, quanto nas políticas direcionadas ao HIV. Um estudo realizado por Agostine e colaboradores (2019) discute a resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids em tempos de crise. A crise mencionada trata-se de fenômenos correspondentes a políticas globais e locais com repercussões sociais, políticas e econômicas. A crise econômica se refere ao baixo investimento no SUS, cita-se como exemplo, a aprovação, em 2016, de uma emenda constitucional, a EC-95, limitando

investimentos em saúde e educação por 20 anos, o que gera importante diminuição de recursos nesses campos.

Quanto a crise política, Agostine e colaboradores (2019) discutem as eleições de 2018 e o posicionamento da extrema direita do governo que apresentou um discurso voltado para a “família” e os “bons costumes”. A partir desta perspectiva, as políticas de prevenção e controle da epidemia foram revistas. Um exemplo é a campanha de prevenção de carnaval de 2019 que suprimiu qualquer referência às pessoas transexuais e gays, além de censurar materiais e cartilhas específicas para o HIV/Aids. Houve, ainda, a defesa de que a sexualidade deve ser vista como assunto a ser tratado no âmbito familiar e privado. Outro exemplo foi Política Nacional sobre Drogas, onde a “redução de danos”, uma das matrizes do trabalho de prevenção ao HIV, foi substituída pela estratégia de “abstinência”, medida saudada pelas mais conservadoras corporações do campo da saúde mental.

A partir dos contextos supracitados notam-se as influências políticas e seus impactos sobre a percepção de pessoas vivendo com HIV enquanto indivíduos, alguns simplesmente são ignorados, politicamente e socialmente, devido a sua sexualidade. Há, ainda, importantes influências sob o ponto de vista da “moral” e da “ética”, estabelecidas pelo governo, sobre a prevenção e cuidados acerca do HIV, o que representa um retrocesso na área (AGOSTINE, et al., 2019).

1.2 O conceito de cuidado de saúde e as práticas de cuidados de enfermeiros às pessoas vivendo com HIV

A palavra “cuidado”, segundo os dicionários clássicos de filosofia, deriva do latim *cura* (*coera*) e era usada em contextos de relações de amor e amizade. Expressava a atitude de cuidado, de preocupação e de inquietação pela pessoa ou objeto estimados. Outros filólogos consideram que a origem da palavra se encontra em *cogitare cogitatus* e suas derivações *coeydar*, *coidar*, *cuidar*. O sentido é similar ao de cura: ter atenção, interesse, atitude e preocupação. Logo, o cuidado se apresenta quando algo ou alguém tem importância (LUZ, MIRANDA, 2007).

Na antiguidade, os problemas de saúde eram tratados por meio de ritos e os cuidados eram realizados por mulheres sendo os feiticeiros responsáveis pela cura das enfermidades, mediante rituais. Já os curandeiros eram responsáveis pelo exercício da prática de tratamento

(BASTIANI, et al., 2011). Ainda no período da antiguidade, cada povo apresentou características importantes que contribuíram com o avanço do cuidado, a partir do seu modo de vida, suas crenças religiosas e filosóficas (BASTIANI, et al., 2011). No oriente médio, os egípcios acreditavam que as doenças aconteciam por causas sobrenaturais e naturais (CRUZ, 2013).

Uma das vertentes filosóficas do cuidado foi desenvolvida por Martin Heidegger, que se destaca por suas reflexões sobre a cura e as nuances do cuidado. Inicialmente, o autor utilizou a expressão *Dasein* para designar a existência própria do homem. As mudanças que o ser sofre com o passar do tempo e suas experiências abrem novas possibilidades de convivência à medida que continua existindo no tempo. A partir daí o cuidado manifesta-se nas relações da existência do *Dasein* (SEBOLD, et al., 2016).

Boff (1999, p. 34) ressalta que “cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. De acordo com o mesmo autor, o cuidado faz parte da natureza e da constituição do ser humano. A ausência do cuidado, desde o seu nascimento até a morte, faz com que o ser humano definhe, se desestruture, perca o sentido e morra, pois o cuidado é a base que possibilita a existência humana, estando presente em tudo o que o ser humano faz e projeta (BOFF, 2014).

Ayres (2004, p.73) afirma que ao cuidado de saúde pode ser atribuído um sentido já consagrado no senso comum, qual seja, o de “um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento”..

O autor esclarece que apesar da forma simplista atribuída muitas vezes ao termo cuidado, o mesmo deve ser entendido como uma categoria que abrange tanto uma compreensão filosófica quanto uma atitude prática. Implica na interação entre dois ou mais sujeitos, cujo objetivo é o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre permeada por saberes específicos para atingir essa finalidade (AYRES, 2004a).

Trazendo este contexto para os dias atuais, para compreender o processo de cuidar em saúde é preciso identificar como os sujeitos definem a dimensão das demandas de cuidado (OLIVEIRA, et al., 2011). A gestão do cuidado deve focar nas necessidades dos seres humanos envolvidos nas relações de cuidado auxiliando-o a promover e preservar a vida diante das sensações de conforto e desconforto, na esperança de novos momentos e de estar em situações que se modificam constantemente (KOERICH, et al., 2015).

O processo de cuidar está diretamente relacionado às necessidades das pessoas e engloba várias dimensões, destacando-se três que estão interligadas: a dimensão cognitiva,

relacionada ao domínio de conhecimentos científicos por parte dos profissionais de saúde para a sua atuação profissional; dimensão afetivo-relacional, relacionada à interação entre os indivíduos, permitindo a expressão individual da subjetividade; e a técnico-instrumental do cuidado, relacionada à qualidade dos procedimentos técnicos especializados através do conhecimento técnico-científico (SILVA, SOUSA, 2013).

Quanto ao cuidado de saúde, Formozo et al (2012, p. 127) o definem como:

O cuidado de saúde consiste em uma relação estabelecida entre pessoas, tendo em vista o alcance da melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida, impingindo os resultados do processo relacional em todos os entes envolvidos. Assim, as práticas profissionais de cuidado não podem se restringir à ação técnica, mas devem ser expressas de forma atitudinal e relacional, devendo ser assumidas como questão complexa e multifacetada a partir de aportes teóricos interdisciplinares.

Portanto, a partir do exposto, o cuidado de saúde “vem ressignificando seus saberes e suas práticas, buscando priorizar a discussão de sentidos e significados relacionados à construção de sujeitos para a edificação de um novo modelo de saúde” (ASSIS et al., 2015, p. 336).

Quanto ao cuidado de enfermagem, Silva et al. (2005, p. 473) o definem como:

O cuidado de enfermagem implica em auxiliar as pessoas a buscarem um caminho que lhes deem o sentido do cuidado de si através da compreensão de que a vida é repleta de sentidos, e que, a partir dessa compreensão, possam transcender dentro de uma concepção holística de ser-no-mundo-com-o-mundo, cuidando e se cuidando.

A enfermagem, ao longo do seu processo histórico, vem construindo diferentes percepções em relação ao processo de cuidar. Assim, destaca-se uma tendência direcionada ao estabelecimento de assistência que consiga superar a imagem tradicional, tecnicista e biologicista, para uma visão mais ampla de cuidado, capaz de integrar corpo/mente, objetividade/subjetividade, de forma a contemplar o sujeito em suas diversas nuances (MACEDO; SENA; MIRANDA, 2013).

O cuidado é uma ciência e, ao mesmo tempo, uma arte que acontece através da interação entre enfermeiro e usuário (ROCHA, et al., 2015). Para isso, é essencial que os profissionais da enfermagem assumam o cuidado de maneira autêntica, não se deixando guiar pela situação, mas sim através do seu valor, mostrando que são seres que cuidam de outros seres. Devem utilizar medidas voltadas para a terapêutica, o zelo e a ajuda com o objetivo de proporcionar a saúde e o bem-estar de quem é cuidado (DUARTE, ROCHA, 2011).

Neste mesmo contexto, Ferreira (2006, p.328) expõe que

O ato de cuidar implica no estabelecimento de interação entre sujeitos (quem cuida e quem é cuidado) que participam da realização de ações, as quais denominamos cuidados, que é a verdadeira essência da enfermagem. Isto porque ao cuidarmos do outro estamos realizando não somente uma ação técnica, como também sensível,

que envolve o contato entre humanos através do toque, do olhar, do ouvir, do olfato, da fala.

Para Ferreira (2012, p. 47) define-se cuidado como

Atos/operações que se realizam no campo de ação da disciplina pelas enfermeiras, com fins terapêuticos, de promoção/manutenção da ordem orgânica funcional do corpo, do ambiente, do conforto e bem-estar.

Apesar de não haver consenso em relação à natureza do cuidado de enfermagem, há consenso no que diz respeito à estreita relação entre cuidado humano e o trabalho de enfermagem. A literatura demonstra a importância essencial do cuidado na sobrevivência das espécies, na promoção da vida e na preservação do planeta (PIRES, 2009).

A principal ação de cuidado da enfermagem não é a cura, e sim uma ação que engloba atitudes e comportamentos que visem aliviar o sofrimento, manter a dignidade e facilitar meios para manejar as crises e as experiências do viver e do morrer. Cuidar é a maneira de demonstrar o saber-fazer, pois requer conhecimento. Também está relacionado à competência científica dos profissionais de saúde, sendo de extrema importância em todas as áreas de intervenção, seja no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, assim como na recuperação e reabilitação (ISOLDI, CARVALHO, SIMPSON, 2017).

O cuidado de enfermagem consiste, também, em promover a percepção do sentido e a importância nas pessoas de cuidarem de si mesmas, para que compreendam suas responsabilidades consigo e com o próximo. Consiste, portanto, em atitude que emerge do desejo de estruturar-se para conhecer o outro em sua totalidade e, conseqüentemente, conhecer a si mesmo. Para isso, o exercício do cuidar deve envolver uma frequente avaliação pessoal, não só para que o enfermeiro esteja disposto a utilizar seu conhecimento técnico-científico para o cuidado, mas, sobretudo, para que o cuidado seja exercido por meio de uma relação de sensibilidade e compromisso com o outro (SOUSA, BARROSO, 2009).

O cuidado teve, durante muito tempo, sua conceituação restrita ao simples ato de prestar assistência. A enfermeira era definida, de modo restritivo, como aquela que socorria e auxiliava o ser cuidado. Nesse sentido, o cuidado se limitava a uma ação centrada apenas na atividade desenvolvida. A relação interpessoal entre quem cuida e é cuidado não era considerada. O ato de cuidar era caracterizado como uma relação distante entre a enfermeira, a parte ativa, e o cliente, a parte passiva (SOUSA, BARROSO, 2009).

A visão ampliada do cuidado de enfermagem, porém, foi posteriormente abrangida pelas teóricas de enfermagem. As teorias de enfermagem desenvolvidas proporcionaram discussões e aprimoramentos da prática profissional e orientaram o cuidado para cada ser

humano, na medida em que, cada uma delas, tem uma perspectiva relacionada a um dos seguintes pontos centrais: paciente, interação paciente-ambiente, relação enfermeiro-paciente e terapêutica de enfermagem (SAVIETO, LEÃO, 2016).

Observa-se, em diferentes pesquisas, a reflexão sobre a aplicabilidade dos modelos e teorias de enfermagem, permitindo validar e construir novas formas de atuar na assistência de enfermagem, identificando limites e relações entre profissionais e indivíduos necessitados de cuidados. As teorias de enfermagem expõem as tendências das visões sobre o processo saúde-doença e sobre a experiência de cuidado terapêutico (RIBEIRO, 2011).

A origem dessas teorias se deu na metade do século XIX, com a teórica inglesa Florence Nightingale. A partir de Florence o cuidado ganha especificidade no conjunto da divisão do trabalho social e é reconhecido como um campo de atividades especializadas e necessárias para a sociedade e que, para o seu exercício, requer uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional (SOUSA, BARROSO, 2009).

As convicções religiosas de Florence e sua atuação durante a Guerra da Crimeia influenciaram suas ações sobre o cuidado prestado aos doentes. Sua proposição teórica, publicada em 1859, teve como foco o cuidado de enfermagem direcionado ao ser humano em sua interação com o meio ambiente (TORRES, 1993). No entanto, este ambiente possuiu uma caracterização mais ampla, ou seja, representa condições e influências externas que podem afetar a vida e o desenvolvimento de um organismo, incluindo aspectos físicos, emocionais e sociais. (DEGRAAFF, 1994).

No ano de 1952, Hildegard E. Peplau publicou a Teoria das Relações Interpessoais que visualizou o fenômeno de enfermagem como um processo interpessoal cujo foco principal está centralizado na enfermeira e no paciente e, em sua teoria, procurou identificar conceitos e princípios para dar suporte às relações interpessoais que se processam na prática da enfermagem de modo que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal (ALMEIDA, LOPES, DAMASCENO, 2005).

Em 1960, Virginia Henderson publicou “Os princípios básicos dos cuidados em enfermagem”. Henderson (2007, p. 15) define que “o cuidado de enfermagem origina-se nas necessidades humanas fundamentais e é apresentado à contínua aprovação por parte da enfermeira”. Nessa perspectiva de cuidado, fundamentado no atendimento individual, a teórica sugere necessidades norteadoras para a prática da enfermagem, baseadas em quatro componentes: biológicos/fisiológicos, psicológicos, espiritual e moral, e social.

Em 1970, Martha E. Rogers apresenta a Teoria do Modelo Conceitual do Homem. Nesta teoria, pontua-se que os seres humanos são campos de energia dinâmicos, que se integram com os campos de energia do entorno. O enfermeiro interage com o homem e o auxilia a alcançar o máximo de bem-estar. Define o cuidado de enfermagem como uma ciência humanística, com objetivo de manter e promover a saúde, prevenir doenças, assistir e reabilitar o enfermo, por meio do diagnóstico de enfermagem (DAILE, et al., 1994).

Em 1970, Wanda de Aguiar Horta publica a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, propondo que a enfermagem proporciona estados de equilíbrio dinâmicos, previne e transforma os desequilíbrios por meio do atendimento das necessidades humanas básicas. Neste sentido, aponta que todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo ou de reabilitação, com o objetivo de alcançar o completo estado de bem-estar (HORTA, 1979; LEOPARDI, 1999). Horta (1979) propôs o processo de enfermagem como forma de organizar e direcionar a assistência de enfermagem em seis etapas, quais sejam: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e o prognóstico de enfermagem.

Já a teoria geral de Dorothea E. Orem (1971) foi desenvolvida em três partes relacionadas, quais sejam: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A Teoria do Autocuidado inclui a capacidade de autocuidado e as exigências terapêuticas de autocuidado. Este significa a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. O autocuidado deve constituir um dos objetivos da assistência de enfermagem, pois possibilita o estímulo à participação ativa do paciente no seu tratamento (CAETANO, PAGLIUCA, 2006).

Em 1979, Madeleine Leininger propõe a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Esta teórica é quem define de forma mais explícita o cuidado de enfermagem. Para Leininger (1991, p.46) cuidar “refere-se às ações e atividades com vistas a assistir, apoiar, ou capacitar indivíduos ou grupos com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar a condição ou modo de vida humana ou para se defrontar com a morte”. Neste sentido, a autora define cuidado como: “fenômeno abstrato e concreto, relacionado aos atos de assistência, de apoio ou de capacitação para ou por outros com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar a condição ou modo de vida humana ou para se defrontar com a morte” (LEININGER, 1991, p.46).

Margaret Jean Watson, no ano de 1979, publicou o livro *Nursing: the philosophy and science of caring*, e apresentou os fundamentos da Teoria Transpessoal do Cuidado Humano que considera o cuidado efetivo por meio do relacionamento transpessoal, ou seja, o cuidado

que transcende tempo, espaço e matéria de paciente e profissional, para que formem um único elemento em sintonia, além do momento pontual da interação, de maneira a favorecer a restauração do indivíduo (SAVIETO, LEÃO, 2016).

Segundo esta teórica, o cuidado pode ser eficazmente demonstrado e praticado de modo transpessoal, no qual a consciência vai além da dimensão biológica, material e é capaz de transcender o tempo, o espaço e o corpo físico. Entende que, na relação de cuidar, a enfermeira não se encontra só; ela necessita do outro para que nessa interação o cuidado aconteça. Portanto, uma relação transpessoal de cuidar conota uma forma especial da relação de cuidado, sendo caracterizada como uma união com o outro (FAVERO, PAGLIUCA, LACERDA, 2012).

No ano de 1986, Margaret Newman apresenta a Teoria da Saúde como Consciência Expandida, nela o cuidado de enfermagem não está baseado apenas em promover bem-estar ou prevenir doença, mas auxiliar o ser humano a utilizar o poder próprio através de um alto nível de consciência, para manter o processo vital (GEORGE, 2000; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI, 2006).

Anne Boykin e Savina Schoenhofer, em 1993, divulgaram a Teoria Geral de Enfermagem, que apresenta foco no cuidado solidário, voltado para as pessoas que vivem e crescem na solidariedade. A enfermagem é caracterizada como resposta às necessidades do ser humano de ser reconhecido como solidário, e a partir desta proximidade e reconhecimento a enfermeira deve apoiá-lo nesta vivência (GEORGE, 2000).

Em 1995, Janet Yonger publica a Teoria do Controle do Estresse, que explica a forma como o sofrimento atinge o indivíduo no meio em que vive e nas suas relações com o entorno e com os demais indivíduos (LEOPARDI, 2006).

Com vistas à assistência às pessoas vivendo com HIV têm sido implementados modelos e teorias no intuito de instrumentalizar o cuidado do enfermeiro e proporcionar ajuda a essas pessoas, já que a aids é uma doença crônica que depende do cuidado pessoal do paciente para melhorar a qualidade de vida e prolongar sua sobrevivência (RIBEIRO, 2011). Deste modo, o cuidado deve ser praticado de forma ética e de acordo com a especificidade de cada indivíduo, independentemente do seu estado sorológico. É necessário que toda a equipe multiprofissional esteja envolvida no cuidado e promova assistência qualificada, individualizada e humanizada para assegurar um cuidado integral (SILVA, et al., 2011).

Ainda em relação ao cuidado às pessoas vivendo com HIV, a enfermagem é uma profissão que acompanhou todas as fases da epidemia, pois presta cuidados a todos os indivíduos, desde o estado de saúde em equilíbrio até aquele no qual a doença encontra-se

instalada. É uma das profissões que mais efetivam atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde sendo o cuidado considerado fundamental para a sua prática (FORMOZO, OLIVEIRA, 2010).

Existem diferentes perspectivas de cuidado às pessoas vivendo com HIV e que perpassam pelo cuidado de enfermagem, seja em ambulatório ou, quando necessário devido as mais diversas complicações, a internação hospitalar. Por ser uma doença progressiva e incurável os pacientes apresentam, com frequência, comorbidades significativas, como hepatite viral, tuberculose, sífilis, anemia, depressão, hipertensão arterial, alergias a medicamentos, nefropatias, diabetes, entre outras. Há ainda aqueles que ficam fora de possibilidade terapêutica demandando de cuidados paliativos, enfatizando uma abordagem que atenda integralmente suas necessidades (VASCONCELOS, et al., 2014).

A percepção do HIV/Aids pelos profissionais em relação a assistência apresenta-se de diferentes formas desde a década de 1980, quando o HIV foi incluído no panorama do cuidado. Neste período, os profissionais de saúde e de enfermagem ainda desconheciam as particularidades da doença e as exigências do cuidado. Por isso, a assistência sofria interferência dos preconceitos e julgamentos dos profissionais que tinham receio de se contaminar durante a assistência (SILVA, et al., 2011).

Deste modo, no início da epidemia a admissão de pacientes com HIV acarretou perturbações na equipe de enfermagem, gerando dificuldades significativas relacionadas ao processo de cuidar. O medo, preconceito, estigma, discriminação, ansiedade e insegurança frente ao trabalho diário eram presentes por saberem que, além de transmissível, era fatal e detinham pouco conhecimento sobre a doença. Assim, a enfermagem precisa ter conhecimento sobre aspectos fisiológicos e psicológicos do seu trabalho para que possa superar suas emoções e oferecer uma assistência adequada, otimista e com dignidade aos pacientes (ISOLDI, CARVALHO, SIMPSON, 2017).

O tema HIV/Aids ainda abrange preconceitos e discriminação que fazem parte das representações sobre a doença e da sua construção social. E a equipe de enfermagem, por vezes, traz consigo muitas destas representações. Desta forma, é preciso lembrar as particularidades da problemática que cercam os sujeitos que compõem a equipe de enfermagem, seja como pessoas privadas ou como profissionais. Estas particularidades vão desde o risco de contágio, em função da predisposição a acidentes com materiais perfurocortantes, ao convívio com as consequências da doença, dentre elas a degeneração física, o isolamento social e a morte (FORMOZO, OLIVEIRA, 2010).

A construção destas ideias, conceitos, representações ocorreu provavelmente a partir do senso comum e do universo científico com possíveis implicações para as práticas profissionais, ou seja, os posicionamentos positivos ou negativos presentes na vida privada podem influenciar as práticas profissionais. Isto porque as representações sociais guiam os comportamentos e as práticas e, desta forma, justificam as tomadas de posição e os comportamentos. Entende-se que o cuidado de enfermagem envolve, dentre outras coisas, o ambiente, os valores e a formação de determinado espaço de simbolização. E, ainda, que é através da representação social que se torna possível captar a realidade simbólica existente, que, diversas vezes, nos passa despercebida, e, porém, possui forte poder de mobilizar e explicar a realidade, guiando os comportamentos e as atitudes (FORMOZO, OLIVEIRA, 2010).

Estudos realizados sobre as representações dos profissionais, acerca do cuidado às pessoas vivendo com HIV, documentam que o cuidado aos afetados caracteriza-se, muitas vezes, como discriminatório e é realizado por profissionais de saúde com preocupação de contágio, focados nas questões científicas em detrimento da sensibilidade e do afeto (SILVA, et al., 2011).

Desta forma, existem fatores que dificultam ou afetam o cuidado realizado pela equipe multiprofissional às pessoas vivendo com HIV. São aspectos relacionados ao profissional em si, à organização dos serviços e à disponibilidade e acesso aos insumos para o cuidado. Dentre os fatores limitadores do cuidado na estrutura e organização dos serviços disponíveis, tem-se a centralização do atendimento no médico, o que limita o acesso dos usuários aos demais profissionais de saúde. Assim, cabe destacar a importância da multidisciplinaridade na assistência a esses pacientes, para que o cuidado seja realizado em sua integralidade e de modo que atenda à complexidade da doença (SILVA, et al., 2011).

Deste modo, tentando direcionar o cuidado para outra perspectiva, o Programa Nacional de Doença Sexualmente Transmissível (DST), hoje com nova nomenclatura, IST, e Aids buscou historicamente pela integralidade das ações de cuidado e incorporação de estratégias para enfrentamento da epidemia. A integralidade aponta para a ruptura de valores tradicionais na saúde, como hierarquia, distribuição de categorias profissionais e compartimentalização do saber, uma vez que não há integralidade onde não existe troca de conhecimento (BORGES, SAMPAIO, GURGEL, 2012).

Ainda nessa lógica de cuidado, o surgimento do HIV/Aids trouxe consigo a exigência de novos paradigmas de cuidado, tendo em vista a existência de diálogo aberto sobre

diferentes demandas dos profissionais e dos pacientes (MACEDO, SENA, MIRANDA, 2013).

Com isso, no ano de 2014, passou a ser implantada a gestão compartilhada do cuidado à pessoa vivendo com HIV. Nesse modelo assistencial, cabe à rede primária (unidade básica de saúde) e à rede secundária através do Serviço de Assistência Especializada (SAE) compartilhar o cuidado à pessoa vivendo com HIV/Aids, com o objetivo de ampliar o acesso tanto à assistência, quanto ao diagnóstico do HIV, por meio da rede básica de saúde, garantindo a universalidade e a integralidade (BRASIL, 2014).

O SAE é uma unidade assistencial de caráter ambulatorial, que propicia o vínculo dos pacientes vivendo HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) com uma equipe multiprofissional. A lógica desse novo modelo de atenção apoia-se na constatação de que os pacientes precisam cuidar dos vários aspectos relacionados à sua saúde (alimentação saudável, exercício físico, vacinação, avaliação da pressão, entre outras), de forma integral. A atenção primária à saúde pode realizar essa abordagem integrada em linhas de cuidado, com o apoio da atenção especializada. Neste sentido a proposta de descentralizar o cuidado prestado às pessoas vivendo com HIV é para reverter o modelo de atenção à saúde focado no especialista e isto é possível na atenção primária à saúde, com profissionais de referência qualificados numa perspectiva da multidisciplinaridade (BRASIL, 2014).

O modelo de atenção preconizado pelo SUS caracteriza-se por uma superação do modelo que centrado na doença. Desta forma, mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde, e como forma de reorganização deste modelo observa-se o redirecionamento das ações e serviços no desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p.4). É estruturada com a atenção básica, sendo o primeiro ponto de atenção e a principal porta de entrada do sistema constituída por equipe multidisciplinar que integra e coordena o cuidado, sendo um de seus componentes a definição de linhas de cuidado (BRASIL, 2010).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Teoria das Representações Sociais e sua aplicabilidade nos campos da saúde e do HIV/Aids

Para Sá (1993), representações sociais se referem a um conjunto de fenômenos, mas também ao conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, identificando um importante campo de estudos no campo da Psicologia Social. A teoria proposta por Moscovici, denominada Teoria das Representações Sociais (TRS), era desafiadora, frente ao modelo americano dominante que se ocupava de avaliar os processos psicológicos individuais. Esta perspectiva não se mostrava capaz de dar conta das relações informais, cotidianas, da vida humana em seu aspecto social e coletivo.

Moscovici buscou em Durkheim a base conceitual para suas proposições e em 1961 utilizou o termo representação social no trabalho intitulado *La psychanalyse, son image et son public* (SÁ, 1993). A TRS delimitou uma nova etapa na história da psicologia social, à medida que realizou uma ruptura com os modelos positivistas e funcionalistas, ou seja, estabeleceu um rompimento com a visão dicotômica do positivismo, desenvolvida por Durkheim (NÓBREGA, 2003).

A partir da expressão “representação coletiva”, proposta por Durkheim, iniciou-se um processo de questionamentos com relação à psicologia social norte-americana, que se ocupava basicamente dos processos psicossociais individuais (SÁ, 1993). Moscovici classificou e estabeleceu a oposição entre as representações coletivas e as representações individuais. Para ele, as representações coletivas têm suas leis próprias e pertencem a outra natureza, que é diferenciada do pensamento individual (NÓBREGA, 2003).

Para Durkheim (apud Herzlich, 1991, p. 23):

As formas coletivas de agir ou pensar têm uma realidade fora dos indivíduos que, em cada momento, conforma-se a elas. São coisas que têm existência própria. O indivíduo as encontra formadas e nada pode fazer para que sejam ou não diferentes do que são.

Nesta perspectiva, as representações coletivas são compreendidas como externas e autônomas em relação às individuais. Para o autor supracitado, as representações coletivas são formadas a partir de fatos sociais e não pela interação social, o que as diferencia do conceito proposto por Moscovici.

Ao inserir a noção de representação social, Moscovici estabeleceu a interação entre sujeito e objeto como um movimento constante, ou seja, “não faz sentido falar nas representações de um dado sujeito social sem especificar os objetos representados” (SÁ, 1998, p. 24).

De acordo com Sá (2002, p.29) “...representações sociais designa tanto um conjunto de fenômenos, quanto os conceitos que o engloba e a teoria construída para explicá-los”. Para Moscovici (apud SÁ, 1993, p.26) as representações sociais podem ser consideradas, também, como “teorias do senso comum, pelas quais se procede à interpretação e a construção das realidades sociais”. As representações sociais podem ocorrer em diferentes tipos de lugares onde as pessoas se encontrem informalmente e se comuniquem.

Segundo Jodelet (2001, p.36) “a representação social é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Jodelet (2001) caracteriza a representação como uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto, ou seja, a representação social é sempre de alguma coisa (objeto) para alguém (sujeito). Toda representação é construída com base nessa relação, não existindo representação sem objeto ou sujeito. Diante disto, uma representação social não pode ser entendida enquanto um processo individual, já que é produzida na interação das relações e das comunicações.

Na perspectiva de Abric (2000, p.28), uma representação social é definida como:

Uma visão funcional do mundo, que, por sua vez, permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências, permitindo assim ao indivíduo se adaptar e encontrar um lugar nesta realidade.

Assim, pode-se compreender que a representação social é dependente de fatores contingentes, como natureza, limites e finalidade da situação, contexto imediato e, também, de fatores mais globais, tais como: contexto social e ideológico, determinantes sociais, sistemas de valores, lugar do indivíduo na organização social e história do indivíduo e do grupo (ABRIC, 2000).

Para Moscovici (2005, p. 209), representação social envolve:

Se estiver presente ali algum sentido, isso se deve ao fato dele corresponder a certo modelo recorrente e compreensivo de imagens, crenças e comportamentos simbólicos. Vistas deste modo, estaticamente, as representações se mostram semelhantes a teorias que ordenam ao redor de um tema.

De acordo com as proposições de Moscovici (2012), as representações possuem duas funções, quais sejam: contribuir com os processos de formação de condutas e orientar as comunicações sociais, sendo responsáveis por transformar o não familiar em familiar. Desta

forma, uma realidade social somente é criada quando o novo ou o não familiar é incorporado aos universos consensuais. Esta familiarização, ou seja, a formação da própria representação, ocorre por meio de dois processos sociocognitivos, denominados objetivação e ancoragem, que se processam continuamente no sistema cognitivo (SÁ, 1993).

Moscovici (2012, p. 61) define a ancoragem como “um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriadas”. Assim, o processo de ancoragem se caracteriza por classificar e dar nome às coisas, para que as mesmas se tornem mais aderentes aos conhecimentos previamente construídos.

Sobre as funções das representações sociais, Jodelet (2001) afirma que elas orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais, e intervêm em processos como a difusão e assimilação de conhecimentos. A comunicação social é responsável pelo modo como se desenvolvem as representações sociais, assim como determina a formação do processo representacional. Para Nóbrega (2003) destaca-se a importância da comunicação social na formulação de um novo olhar sobre os fenômenos analisados.

Sá (2002) delimita três tipos de representações sociais: as hegemônicas, amplamente partilhadas pelos membros de um grupo, sem que tenham sido produzidas por eles, apresentam caráter indiscutível e constituem-se como pilar de uma sociedade; as emancipadas, geradas a partir das relações intergrupais, permitem diferenciar os grupos divergentes; e as polêmicas, elaboradas por dois grupos em conflito, mas não são compartilhadas pela sociedade.

Quanto à estrutura, as representações apresentam três dimensões, são elas: informação, atitude e campo de representação ou imagem. A informação se refere aos conhecimentos que um grupo possui a respeito do objeto social; o campo de representação faz referência à ideia de imagem e modelo social concreto acerca das proposições do objeto; e a atitude focaliza a orientação global em relação ao objeto (SÁ, 2002).

Com relação à TRS, evidencia-se a existência de três abordagens complementares: uma abordagem relacional, desenvolvida por Willem Doise; uma abordagem estrutural, proposta por Jean-Claude Abric (SÁ, 1998) e uma abordagem processual, representada por Denise Jodelet.

A abordagem relacional ou societal apresenta-se como uma perspectiva sociologicamente e se ocupa das “condições de produção e circulação das representações sociais, uma vez que a posição ou a inserção social dos indivíduos nos grupos é o principal determinante de suas representações” (SÁ, 1998, p.74).

Já a abordagem estrutural se ocupa do conteúdo cognitivo das representações e as concebe como um conjunto estruturado, e não como uma simples coleção de ideias e valores. Sua principal contribuição está centrada na proposição de que o conteúdo da representação se organiza em um sistema central e um sistema periférico, que possuem características e funções distintas. Outra contribuição relevante desta perspectiva é a comparação entre representações, uma vez que elas serão distintas apenas se o núcleo central tiver composição significativamente diferente (SÁ, 1998). O núcleo central é caracterizado como o elemento mais estável da representação, sendo mais resistente à mudança, o que assegura a continuidade da representação. Esta premissa permite afirmar que o núcleo central é o que caracteriza a representação e qualquer modificação no mesmo acarreta a transformação da representação (ABRIC, 2003).

A abordagem processual dedica-se a estudar a forma pela qual as representações sociais são vinculadas à vida cotidiana. Denise Jodelet considera que os discursos das pessoas e dos grupos, os comportamentos e as práticas sociais nas quais as representações se manifestam, são os suportes para a veiculação delas. Esta perspectiva busca dar conta da representação de um determinado objeto para um determinado grupo social de uma maneira compreensiva (SÁ, 1998). Esta foi a abordagem teórico-metodológica adotada para o desenvolvimento deste estudo.

Moscovici (2012) identifica três sistemas de comunicação que se desenvolvem simultaneamente na sociedade, especialmente em relação a objetos polêmicos, participando do processo de formação e de mudança das representações sociais: a difusão, a propagação e a propaganda. A difusão possui como principal objetivo desenvolver um interesse comum sobre um dado assunto e é caracterizada por uma indiferenciação dos vínculos entre o emissor e o receptor das mensagens, estando ligada à opinião. A propagação exige uma organização mais complexa das mensagens, possui propriedades análogas às do conceito de atitude e visa expandir a visão de mundo, acomodando seletivamente outras perspectivas ao seu próprio sistema. Com relação à propaganda, define-se como uma forma de comunicação de um grupo cuja dinâmica encontra-se nas relações sociais conflituosas.

Neste contexto, Sá (1993) também salienta a importância do papel dos jornais e dos meios de comunicação de massa na transmissão e na transformação dos conhecimentos à população, e também por que não afirmar, aos profissionais. Este mesmo autor denomina estes conhecimentos como de “segunda mão”, onde o público se apropria daquilo que é apresentado por estes veículos de comunicação, muitas vezes sem questioná-los.

Em resumo, a partir dos conceitos socialmente elaborados, das crenças e superstições, os indivíduos criam suas representações frente a uma determinada situação, vivência, tornando-se objeto de análise (MOSCOVICI, 2005). Cita-se como exemplo o surgimento da aids que em um primeiro momento foi tida pela religião como castigo de Deus, por outros, como uma doença criada para exterminar determinado grupo social. Ou seja, explicações que fogem a ciência, mas que para satisfazer a necessidade de explicar um fenômeno, foram aceitas. Como não havia uma explicação para a doença (algo não familiar) criaram representações como castigo de Deus, câncer gay, para torná-la conhecida e familiar a todos (SILVA, et al., 2017).

Desta forma, através do processo de ancoragem, a aids recebeu diferentes denominações e sentidos pela sociedade para que pudesse ser compreendida no meio social, já que até então não era possível explicar sua origem pelo desconhecimento da ciência no início da epidemia. Devido as suas características, foi associada, em um primeiro momento, a cólera, devido à magreza, periculosidade da peste, associação com o câncer e com a sífilis, devido à transmissão sexual. Foram diversos processos de ancoragens no campo da saúde e da doença. Esse processo também propiciou o desenvolvimento dos simbolismos disponíveis na memória coletiva do senso comum (OLIVEIRA, 2013).

Sobre o assunto, Herzlich e Pierret (2005) consideram:

Para compreender o desencadeamento da abundante retórica que fez com que a aids se construísse como “fenômeno social”, tem-se frequentemente atribuído o principal papel à própria natureza dos grupos mais atingidos e aos mecanismos da transmissão. Foi constituído então o discurso doravante estereotipado, sobre “o sexo, o sangue e a morte”. É evidente que esses elementos forneceram os principais materiais para a construção que se fazia, mas no que diz respeito ao desencadeamento do discurso sobre a aids, outro ponto deve ser sublinhado: pelo menos no início da doença, se encontra entre as pessoas atingidas grande número de membros da classe média culta, intelectuais, artistas, membros de grupos sociais próximos da mídia e dos quais esta costuma falar. A aids foi uma doença da mídia também porque diz respeito ao seu mundo e aos meios que a circundam (HERZLICH, PIERRET, 2005, p.94).

A partir do exposto, destaca-se que um grupo social não forma representações sobre todo e qualquer objeto. Assim, um objeto pode ser representado por alguns grupos e não por outros e, ainda, as representações podem ser distintas para cada grupo. As condições necessárias para a emergência de uma dada representação social são: dispersão da informação; focalização sobre o objeto; e pressão à inferência. Estas condições foram apontadas por Moscovici como essenciais ao processo de formação de uma representação social (SÁ, 1998).

Sá (1998) define esses processos da seguinte forma: a dispersão da informação é caracterizada pela circulação das informações necessárias para a compreensão de determinado objeto no interior de um grupo social. Acontece de diferentes formas entre os grupos sociais, dependendo das suas características. Portanto, parte-se da premissa de que a informação não circula no mesmo nível e da mesma forma entre todos os conjuntos sociais. A focalização diz respeito aos interesses do grupo por determinado objeto, em momentos históricos específicos, caracteriza-se pela presença de questões como interesses profissionais e posicionamento ideológico, o que depende dos recursos, dos interesses e dos motivos de um grupo social. Já a pressão à inferência refere-se à necessidade de posicionamento de um indivíduo ou grupo frente a um determinado objeto, que é exercida pela urgência dos problemas associados ao objeto ou por instâncias sociais externas ao grupo.

A TRS emergiu na área da saúde como tentativa de promover melhor entendimento dos comportamentos e das práticas sociais e profissionais, sendo uma maneira privilegiada de investigação e elaboração de conhecimentos. Segundo Oliveira (2001), a teoria das representações sociais foi utilizada pela primeira vez para estudar o processo saúde/doença em 1969, com o trabalho de Claudine Herzlich, dedicado ao estudo da saúde e da doença. Desde então, esta teoria tem sido explorada no âmbito da saúde para analisar objetos específicos do cotidiano profissional (OLIVEIRA, 2001).

Quanto a sua aplicabilidade, o uso da TRS nas pesquisas de enfermagem oportuniza compreender as representações construídas sobre o cuidado, o que permite conhecer os sentidos que a ele se atribuem, a realidade material que lhe serve de referência, as explicações que facilitam entender os comportamentos, as atitudes e as opções das pessoas pelos caminhos que seguem nos seus cotidianos. Ou seja, a aplicação da TRS nos estudos sobre o cuidado permite ampliar a compreensão sobre as pessoas, seus afetos e seus processos de conhecer e agir frente ao mundo (FERREIRA, 2016).

O estudo das representações sociais coloca-se como uma alternativa de pesquisa e de produção de conhecimento que adquiriu força no campo da saúde, devido a sua importância para a análise da vida social e a sua potencialidade de elucidação dos processos cognitivos e das interações sociais. As representações são abordadas, neste contexto, simultaneamente, como produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade (JODELET, 2001).

As representações sociais unem o sujeito ao objeto, o pensamento à ação, a razão à emoção, o individual ao coletivo; logo, estudar o cuidado pela via das representações sociais abre inúmeras possibilidades de compreensão não somente das ações dos sujeitos no âmbito

da saúde, mas dos sentidos que eles atribuem a essas ações em face dos contextos em que elas são produzidas, justificando suas opções frente às realidades que se lhes apresentam. Por isso, entende-se que as representações alimentam as práticas que, por sua vez, expressam as representações e também conduzem a sua formação, numa relação de reciprocidade (FERREIRA, 2016).

Especialmente no campo da saúde, a TRS auxilia no entendimento do entrecruzamento de saberes médico/científicos com os saberes tradicionais. As pessoas são historicamente determinadas e vivem imersas em uma sociedade e cultura particulares, sendo assim, a abordagem do cuidado há que ser feita considerando o objeto (cuidado), seus agentes e sujeitos. Na pesquisa de representações sociais o cuidado de saúde adquire status de um fenômeno psicossocial, congregando o saber produzido pela área que o demarca como objeto de conhecimento e de prática no campo da saúde, mas também expressa modos de ser e de agir assentados nas culturas e nos modos de se lidar com o corpo, com a saúde, as enfermidades e a cura (FERREIRA, 2016).

Os profissionais de saúde podem contribuir para mudanças significativas no padrão comportamental de pacientes, familiares e da sociedade. O aprofundamento do fenômeno das representações sociais em torno da aids, no contexto do trabalhador de saúde, pode provocar implicações sociais no processo de configuração de suas práticas, sobretudo no que se refere ao atendimento das pessoas vivendo com HIV. Diante da relação verticalizada no processo de saúde, a atuação do profissional de saúde, em especial do enfermeiro, requer avanços de uma prática clínica para uma prática crítica e reflexiva, que viabilize a participação do indivíduo na construção de subjetividades (DANTAS, et al., 2014).

Estudos que utilizam esta teoria ajudam a compreender os conhecimentos e as práticas dos indivíduos em suas situações cotidianas. Um estudo de Gomes; Silva; Oliveira (2011) entrevistou pessoas vivendo com HIV e estas expressaram seus aspectos da vida cotidiana incluindo a dificuldade em viver com HIV, o preconceito, formas de contágio e a dificuldade em falar com o parceiro a respeito. Este conhecimento sobre os sujeitos pode ser visto como ferramenta de trabalho do enfermeiro, principalmente no campo da prevenção e análise para possível complicação do quadro.

Sob outra perspectiva, estudo realizado por Formozo, Oliveira (2011) entrevistou enfermeiros e auxiliares de enfermagem no âmbito hospitalar e apontou as representações sociais do cuidado prestado aos pacientes que vivem com HIV. De modo geral, as representações convergem para a preocupação dos profissionais ao cuidar desses pacientes, o medo do risco de contaminação durante procedimentos foi um marco nas entrevistas. Os

autores afirmam que os resultados permitem concluir que as representações sociais podem interferir na prática dos profissionais.

Outro estudo também realizado em âmbito hospitalar, desenvolvido por Gomes, et al (2012), aponta as facetas do convívio com HIV, as formas de relações e representações sociais para pessoas soropositivas hospitalizadas. Neste trabalho discute-se o conhecimento, o enfrentamento da doença e a relação profissional/paciente. O enfrentamento da doença pelos pacientes é algo de importante compreensão para os enfermeiros, já que todo o contexto do cuidado a estes pacientes perpassa pela aceitação do resultado positivo, aceitação do tratamento e ajuda profissional.

Como demonstrado nos estudos descritos acima, a TRS fornece subsídio para a atuação profissional do enfermeiro, auxiliando na construção de conhecimento e influenciando práticas.

A relação entre práticas e representação é objeto de discussão entre diversos pesquisadores. Herzlich (1991, p. 25) afirma que “a representação social é um modo de pensamento sempre ligado à ação e à conduta individual e coletiva”. Abric (2001) complementa esta ideia ao referir que uma alteração das práticas contribui para a modificação de elementos da representação, uma vez que as práticas são as principais fontes de transformação das representações. Desta forma a TRS preocupa-se com os processos sociais nos quais as experiências vividas no cotidiano são constituídas. Esta discussão, centrada nas alterações ocorridas no cenário da epidemia da aids e na inserção dos profissionais neste contexto, torna-se importante ao promover uma ideia de como as representações sociais sobre o cuidado de saúde para este grupo social são construídas e elaboradas.

Abric (2001, p. 168) discorre sobre as relações entre práticas e representações, ao expor que:

Comportamentos individuais ou de grupo são diretamente determinados pelas representações elaboradas em e sobre a situação e o conjunto dos elementos que a consistem. As representações produzem a antecipação dos atos e dos comportamentos (seus e dos outros), a interpretação da situação num sentido preestabelecido, graças a um sistema de categorização coerente e estável.

De forma complementar a este pensamento, conforme exposto por Wolter e Sá (2013), nos anos 90, foi pesquisado o efeito de mudanças externas sobre a representação. Para estes autores “por mudança externa deve-se compreender que são alterações extraindividuais e extrarrepresentacionais que impõem mudanças de práticas” (WOLTER, SÁ, 2013, p. 94). Assim, Sá (2013, p. 95) refere que “o acesso às novas práticas modifica de forma massiva a estrutura da representação (...) a operação de novas práticas ativa esquemas que as prescrevem e reforçam suas ponderações no sistema representacional”.

Ao associarmos com o objeto de estudo em questão, identificam-se algumas mudanças externas que possam ter contribuído para a alteração das práticas de cuidado dos enfermeiros e, conseqüentemente, para transformação da representação do cuidado às pessoas vivendo com HIV a partir das novas práticas como, por exemplo, a lei de universalização TARV em 1996; os perfis epidemiológicos da doença (feminização da epidemia); o modelo de atenção à saúde implementado após a criação do SUS, dentre outros. Neste sentido, a implantação, pelo Ministério da Saúde, de novas formas de acompanhamento e manejo terapêutico, que prevê a oferta de ações e serviços baseada no atual modelo de atenção focado na promoção da saúde e prevenção de agravos, caracteriza, portanto, uma forte imposição externa sobre as práticas profissionais.

As relações existentes entre representações e práticas são analisadas também por Rouquette (2000, p. 43), a partir de uma posição mais categórica, ao afirmar que “não é mais exato dizer, sem outra precisão, que as representações sociais e as práticas se influenciam reciprocamente, uma vez que não se trata de reciprocidade...”. A posição do autor sobre essa relação ressalta que a influência das representações nas práticas se caracteriza como uma condição, pois o que se faz depende do que se pensa. (ROUQUETTE, 2000).

No que se refere às possibilidades de transformação de uma representação social, Rouquette (2000) explicita sua posição sobre a relação entre práticas e representação:

A influência recíproca das representações e das práticas deve ser compreendida tanto como condição, quanto como determinação: condição uma vez que se trata do papel das representações no desenvolvimento da conduta (à maneira muito fortemente analógica, dos dados de um problema); determinação uma vez que se trata da ação das práticas sobre as modalidades do conhecimento. (ROUQUETTE, 2000, p. 45).

Complementa, ainda, o autor que

O desacordo entre práticas e representações parece levar, regularmente, ao reajuste das últimas (ROUQUETTE, 2000, p. 43).

A partir do exposto, considera-se que as representações e as práticas se influenciam mutuamente, porém, cabe considerar as especificidades desta influência, conforme exposto por Rouquette (2000), não considerando apenas a relação de reciprocidade. Assim, o conhecimento e as construções simbólicas dos enfermeiros a respeito do cuidado e do HIV/Aids são condições fundamentais para a execução de suas ações, enquanto sujeitos integrantes e atuantes na equipe multidisciplinar. Ao passo que, as novas práticas construídas e executadas atuam como agentes de transformação das representações existentes.

Um estudo realizado por Oliveira (2013) demonstrou que implantação de políticas públicas e a reorientação dos serviços de saúde para o atendimento às pessoas vivendo com

HIV determinaram novas práticas profissionais, caracterizadas pelo uso seletivo de técnicas de autoproteção profissional e pela maior aproximação do relacionamento interpessoal na realização das práticas de cuidado. Isso ficou demonstrado pelo núcleo central das representações que evidenciou uma transição de significados negativos para positivos associados à aids, com a introdução da possibilidade de convivência com a doença e de diminuição da importância da morte.

O tratamento farmacológico e as diretrizes do Programa Nacional de HIV/Aids do Brasil, como predito, apresentam influência nas representações e nas práticas profissionais. Em função disso, a positividade explícita pela alusão à vida e à esperança encontra-se em paralelo com a negatividade, especialmente expressa pelo medo e pelo preconceito. Pode-se observar um processo de naturalização da síndrome, no conjunto das doenças crônicas, como resultado de sua ancoragem recente em patologias como diabetes mellitus e hipertensão arterial, em substituição àquelas iniciais no câncer e na peste (OLIVEIRA, 2013).

Os profissionais, provavelmente, constroem suas representações a partir de referenciais híbridos, senso comum e universo científico, com implicações importantes para as práticas profissionais, ou seja, os posicionamentos positivos ou negativos presentes na vida privada podem influenciar as práticas profissionais. Isto porque as representações sociais guiam os comportamentos e as práticas e, desta forma, justificam as tomadas de posição e os comportamentos. Considera-se, assim, que as representações construídas pelos profissionais de enfermagem influenciam as práticas de cuidado (FORMOZO, OLIVEIRA, 2010).

Um estudo realizado por Formozo e Oliveira (2010) mostrou que os enfermeiros compõem representação social a partir de conteúdos reificados sobre a prática profissional, o que pode justificar-se pelo aporte científico que possuem acerca da temática. Assim, a representação é constituída por conteúdos sobre os cuidados voltados, por exemplo, à utilização de antirretrovirais e à cronicidade da Aids no contexto hospitalar, a inserção do HIV no âmbito dos serviços de saúde, os cuidados destinados à prevenção das infecções oportunistas nas pessoas vivendo com HIV e as necessidades destes que são identificadas pelos membros da equipe de enfermagem (FORMOZO, OLIVEIRA, 2010).

Sobre a relação de cuidado existente entre profissional de enfermagem e pessoas vivendo com HIV, a historicidade da epidemia da aids tem muita relevância, pois a entrada delas no cenário de cuidado se deu, muitas das vezes, sem a devida preparação e capacitação do profissional de enfermagem, especialmente na década de 80 e início de 90. Assim, o profissional de enfermagem deparou-se com a inserção pessoas vivendo com HIV/ Aids em sua prática profissional sem que conhecesse e compreendesse suas peculiaridades, o que se

coloca como primordial para a efetivação do cuidado singular. Desta forma, sem conhecer as especificidades da doença, do vírus e do próprio paciente, o profissional de enfermagem se dotou de representações, muitas vezes, marcadas pelo medo do desconhecido e pelo receio de se contaminar. Esse emaranhado de sentimentos contraditórios, imagens, julgamentos e conceitos científicos podem resultar em um cuidar técnico e impessoal (FORMOZO, OLIVEIRA 2010).

2.2 Memórias sociais e representações sociais do cuidado às pessoas vivendo com HIV

Por memória, de acordo com Sá (2005, p. 64), entende-se: “memória humana não é uma reprodução das experiências passadas e sim uma construção que se faz em função da realidade presente e com apoio de recursos proporcionados pela sociedade e pela cultura”. Neste sentido, Sá (2013) refere que o termo memória social é utilizado para designar genericamente o conjunto de fenômenos psicossociais da memória. O autor define que a memória se constitui como “representação social do passado de grupos sociais específicos, que são produzidas, guardadas, institucionalizadas e transmitidas através da elaboração coletiva resultante da interação entre seus membros” (SÁ, 2013, p.16).

A memória pode ser vista, também, como um conceito oriundo de uma antiga psicologia filosófica que se expandiu de modo a abarcar uma quantidade de fenômenos ou mesmo de temáticas ou hipóteses de trabalho científico. Nesse sentido, numerosos envolvimento acadêmicos, bem como as incursões leigas sobre o assunto, têm produzido uma diversificada adjetivação dos fenômenos ou manifestações da memória em sociedade (SÁ, 2007).

Também tem sido utilizada como objeto de estudo, não só para dar conta do funcionamento de organismos vivos e de máquinas, mas também da sociedade, da história, da cultura, da arte, da política e da literatura. Na psicologia, por exemplo, tem sido usada na pesquisa experimental de processos básicos, a teoria psicanalítica, a psicologia discursiva e os estudos cognitivos de caráter naturalista (SÁ, 2007).

Quanto aos campos de estudos psicossocial da memória, estes podem ser descritos da seguinte forma: 1. A memória tem um caráter socialmente construtivo, e não meramente reprodutivo das experiências individuais passadas; 2. São as pessoas que se lembram e se esquecem, embora o que ou como se lembram e se esquecem seja determinado pela

sociedade, pela cultura e, em especial, pela linguagem; 3. A construção da memória não se produz senão através da interação e da comunicação sociais; 4. Lembranças e pensamentos estão sempre e intrinsecamente associados nos fenômenos de memória social; 5. Motivação, afeto e sentimento desempenham um papel importante na construção da memória social (SÁ, 2009).

O mapeamento das “memórias da memória social” é a terceira linha de caracterização no campo de estudo psicossocial da memória. São descritas sete instâncias da memória social, que são elas: memórias pessoais, memórias comuns, memórias coletivas, memórias históricas documentais, memórias históricas orais, memórias práticas e memórias públicas. Algumas destas categorias podem se transformar em outras, podendo incorporar ainda “outras memórias” (SÁ, 2005; 2007; 2009; 2013).

A pergunta da finalidade da memória tem como primeira resposta o fato de evidenciar as imprecisões com que esses conceitos já vinham sendo empregados no domínio da memória e, como segunda resposta, o fato de que a sua conjugação num mapeamento único permite compreender tais supostas “imprecisões” como inerentes à complexa dinâmica dos fenômenos da memória em sociedade (SÁ, 2009).

Sobre as memórias pessoais Sá (2005, p.74) afirma que:

Não são consideradas contraposição às memórias coletivas, ou seja, como um processo estreitamente individual, mas sim em sua operação em contextos sociais e sob a influência ou determinação destes como demonstra Bartlett e Halbwachs. São memórias sociais, no duplo sentido da sua construção e de seus conteúdos, mas o lócus deste processo constitutivo é a pessoa, assim como é o passado dela que estão continuamente referidas.

Outra instância formadora da memória social é a memória comum que, para Sá (2007, p. 293), “pode ser vista como a coleção de muitas memórias pessoais acerca de um mesmo objeto, construídas independentes uma das outras”.

Já a memória coletiva, é caracterizada como “um conjunto de representações sociais acerca do passado que cada grupo produz, institucionaliza, guarda e transmite através da interação de seus membros” (JEDLOWSKI apud SÁ, 2007, p. 292). Quanto a memória coletiva, Sá (2007, p. 293) afirma “que em seus processos de construção, são objetos de discursos e práticas coletivas por parte de grupos sociais.”

A memória coletiva é dinâmica, ou seja, é constantemente realimentada e expandida pelos membros. Novas reminiscências são incluídas ao arcabouço inicial, na mesma proporção em que os indivíduos e sistemas são atualizados ou criados, seguindo a mobilidade do pensamento da sociedade. Dessa forma, ocorre uma via de mão dupla, na qual indivíduos mudam os grupos, bem como os grupos transformam o indivíduo (ALBA, 2011).

De acordo com Alba (2011, p. 406):

O grau de interação que temos no grupo fará com que este constitua uma referência mais importante que a sociedade em seu conjunto. Da mesma forma, a família nuclear será uma referência mais importante que a família extensa, mas essa será uma referência mais importante do que a massa de desconhecidos que encontramos nas ruas de uma cidade.

Em estudos sobre memória coletiva há preocupação em diferenciar memória e história, talvez porque estes conceitos sejam bem semelhantes. Para Halbwachs há uma diferenciação entre memória e história. De acordo com o autor:

A memória é um fenômeno vivo que emana das experiências da coletividade, tem continuidade, é heterogênea, é flexível e se renova. A história é artificial de alguma maneira, à medida que os autores que a criam impõem datas, períodos, focam em determinados eventos ou personagens. (HALBWACHS, 1950 *apud* ALBA, 2011, p. 411).

Numa perspectiva psicossocial, o termo “memória histórica” é entendido como uma “memória da história”, englobando memórias orais e memórias documentais, para cuja construção contribui: (1) tanto memórias coletivas quanto memórias comuns e memórias pessoais; (2) tanto a história vivida quanto os testemunhos ouvidos; (3) tanto documentos históricos *stricto sensu* quanto produções didáticas, midiáticas e artísticas posteriores (SÁ, 2009).

Outro tipo de memória formadora da memória social é a memória prática que para Sá (2007, p. 294) “as memórias práticas são formadas pelas práticas sociais performativas ou rituais. Sua diferença das demais se deve a sua resistência à transformação em função das mudanças sociais”. Esta memória é passada, conforme Candau (1998 *apud* SÁ, 2007, p. 293), “sem se pensar, ela provém da imersão na sociedade desde a terna infância mais do que de uma transmissão específica.” São as experiências passadas que não se encontram registradas em documentos, podendo deste modo ser transmitida verbalmente. Manifestam-se nos rituais ou até mesmo nas performances corporais.

Quanto às memórias públicas, para Sá (2011, p. 37) “as memórias públicas são as que envolvem a exploração do passado nas discussões políticas contemporâneas que caracterizam a esfera pública.” Segundo Jedlowski (*apud* SÁ, 2007, p. 292) “as memórias públicas são representadas pela memória da esfera pública, entendida como o campo da vida nas modernas sociedades democráticas.”

Sintetizando as ideias apresentadas, Sá (2005, p.65) ressalta que:

A memória humana não é uma reprodução das experiências passadas, e sim uma construção que se faz a partir daquelas, por certo, mas em função da realidade presente e com apoio de recursos proporcionados pela sociedade e pela cultura.

Estabelecendo relações entre a teoria das representações sociais e as proposições da memória social, destacando principalmente o lugar que a memória ocupa na representação

social, Alba (2011) refere que a memória está presente na representação nos processos de ancoragem e objetivação. A autora sugere que, a partir do processo da ancoragem, o passado se faz presente, ou seja, a bagagem de conhecimentos preexistentes em que a representação social se ancora é a memória social. Ela destaca o papel dessa memória social nas construções simbólicas.

As interações sociais desempenham um papel importante na construção da representação social e da memória coletiva. A memória coletiva é uma reconstrução do passado que se realiza em uma interação real ou simbólica com os outros. “A bagagem de conhecimento em que a representação se ancora é a memória social: por meio do processo de ancoragem, o passado se faz presente” (ALBA, 2011, p. 411).

Por sua vez, as representações sociais são entendidas como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p.22). As representações e memórias das práticas de cuidado realizadas por enfermeiros às pessoas vivendo com HIV, que é objeto do presente estudo, foram sendo, desta forma, elaboradas pelos grupos sociais de acordo com as informações que circularam na sociedade, com a evolução da própria epidemia e com o desenvolvimento das práticas profissionais e institucionais.

Para Jodelet (2001) representar é a forma que se reporta a um objeto, por isso não há representação sem objeto. Ou seja, para autora a representação social é sempre representação de alguma coisa e de alguém. A relação entre a representação e objeto é feita à medida que a representação assume o lugar do próprio objeto, mas também é o significado dele. Já a relação da representação e o sujeito se fazem à medida que ela é a própria expressão e produto do sujeito.

Nesse estudo procura-se compreender as representações sociais e as memórias das práticas de cuidado de saúde prestados por enfermeiros às pessoas vivendo com HIV, a partir das proposições de Sá (2005; 2007). O estudo se apoia na assertiva de Sá (2005, p. 69) segundo a qual “é possível observar a ocorrência de memórias nas representações sociais, através da ancoragem das experiências novas em conhecimentos preexistentes”.

3 METODOLOGIA

Este estudo faz parte de um projeto multicêntrico nacional intitulado “As transformações do cuidado de saúde em tempos de aids: memórias e representações de profissionais de saúde e enfermagem no Brasil”, coordenado pela orientadora, do qual esta pesquisa faz parte.

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de dados secundários constantes de dois bancos de dados do projeto matriz, quais sejam: bancos de dados de variáveis sociodemográficas e banco de dados de entrevistas. O projeto matriz foi desenvolvido em 12 municípios, contemplando as cinco regiões brasileiras, em 54 unidades de saúde. Os dados foram coletados com profissionais de diversas categorias profissionais que prestavam atendimento a pessoas vivendo com HIV. Os bancos de dados do projeto matriz contam com um total de 648 sujeitos e 28 entrevistas, a partir dos quais a amostra deste estudo foi selecionada.

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo com abordagem metodológica qualitativa, delineado a partir da Teoria das Representações Sociais, em sua abordagem processual, desenvolvido a partir de dados secundários. A metodologia qualitativa aplicada à saúde, adotada neste estudo, foi trazida das ciências humanas, segundo a qual não se busca estudar apenas o fenômeno em si, mas também entender seu significado individual ou coletivo para a vida dos indivíduos. O método qualitativo possui características relevantes que se adequam aos objetivos e ao objeto deste estudo, dentre os quais se destacam o entendimento dos fenômenos, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos e assuntos (TURATO, 2005).

A abordagem processual tem como objetivo a investigação da representação social de um determinado objeto para um determinado grupo. Essa abordagem preocupa-se centralmente com a construção da representação, seus processos de elaboração e trabalha com os elementos que constituem uma representação, como crenças, valores, opiniões, elementos culturais e ideológicos (ARRUDA, 2002).

3.2 Cenário de estudo

O cenário para coleta de dados do estudo multicêntrico, do qual este trabalho faz parte, foi composto por 54 unidades de saúde (US), caracterizadas como Serviços de Assistência Especializada em HIV/aids (SAE) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), localizadas em 12 cidades brasileiras. São elas: Rio de Janeiro (19 US), Niterói (05 US), Rio Grande (02 US), Cuiabá (08 US), Jequié (01 US), Vitória da Conquista (01 US), Salvador (01 US), Recife (07 US), Manaus (05 US), Coari (01 US), Santarém (01 US) e Belém (03 US).

O cenário para coleta de dados do presente estudo foi composto pelas regiões Sudeste, Nordeste e Norte, incluindo as unidades de saúde do Rio de Janeiro, Niterói, Jequié, Vitória da Conquista, Recife, Manaus, Belém e Santarém.

À época da coleta de dados (2013), os serviços de atenção às infecções sexualmente transmissíveis, HIV e aids, recebiam a seguinte classificação: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); Serviço de Assistência Especializada (SAE); Centro de Referência e Treinamento (CRT); Assistência Domiciliar Terapêutica em aids (ADT) e Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). O objetivo destes serviços era prestar atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de saúde multiprofissional composta, minimamente, por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, assistente social e/ou psicólogo. As principais atividades desenvolvidas eram: ações de prevenção e qualidade de vida direcionada a pessoas vivendo com HIV e seus parceiros; atividades voltadas à adesão ao tratamento; sala de espera; assistência clínica, laboratorial e psicossocial a pessoas vivendo com HIV, dentre outras (BRASIL, 2013).

Os Centros de Testagem e Aconselhamento são serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Nesses serviços, é possível realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. Todos os testes são realizados de acordo com a norma definida pelo Ministério da Saúde e com produtos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e por ela controlados. O atendimento nesses centros é sigiloso e oferece a quem realiza o teste a possibilidade de ser acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde que orientará o cliente sobre o resultado do exame, independente dele ser positivo ou negativo. Quando os resultados são positivos, os CTA são responsáveis por encaminhar as pessoas para tratamento nos serviços de referência (BRASIL, 2013).

Ao procurar um CTA, a norma previa que o usuário fosse acolhido e participasse de uma sessão de aconselhamento. O aconselhamento é uma ação de prevenção que tem como objetivos oferecer apoio emocional ao usuário, esclarecer dúvidas sobre Infecções Sexualmente Transmissível (IST) e HIV/Aids e, principalmente, ajudá-lo a avaliar os riscos que corre e as melhores maneiras que dispõe para prevenir-se (BRASIL, 2013).

Além do aconselhamento, outras ações de prevenção eram previstas para o CTA, dentro da unidade de saúde (ações intramuros) e fora dela (ações extramuros). Também disponibilizavam insumos de prevenção, como camisinhas masculinas e femininas para a população geral, gel lubrificante para profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens, e kits de redução de danos para pessoas que fazem uso de drogas (BRASIL, 2013).

A partir de 2017, o Ministério da Saúde (MS) passou a valer-se de diversas estratégias dentre elas está a descentralização das ações de prevenção para a atenção básica, possibilitando maior cobertura e acessibilidade dos usuários do SUS à prevenção ao HIV. Em 2017, foram divulgados manuais pelo MS com diretrizes para gestores indicando como deve ser construído o plano de cuidados para as pessoas vivendo com HIV. Esse plano inclui a estratificação de risco na qual será definido quais pacientes portadores de HIV serão manejados na atenção básica e quais deverão ser encaminhados para seguimento no SAE, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde das pessoas (BRASIL, 2017).

A atenção básica torna-se a organizadora dos cuidados a pessoas vivendo com HIV, devendo neste nível de atenção ser atendidos usuários assintomáticos estáveis. Já usuários que apresentam coinfeções (hepatites virais, tuberculose), gestantes e crianças devem ser encaminhadas para serviços especializados (SAE) (BRASIL, 2017).

3.3 Participantes da pesquisa e amostra

A amostra selecionada para este estudo foi composta através de seleção, por sorteio, ou da inclusão do universo de participantes, a partir do total de entrevistas de cada região contempladas no banco de dados do estudo matriz. Foram sorteadas 28 entrevistas de enfermeiros, atuantes nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, com equiparação do quantitativo por região, sendo nove da região Norte, nove da Nordeste e dez da Sudeste.

A composição da amostra incluindo municípios das regiões Norte, Nordeste e Sudeste teve o objetivo de contemplar as diferentes regiões do Brasil, com o intuito de contemplar a diversidade e a heterogeneidade da população brasileira, considerando que aspectos culturais e regionais podem estar relacionados as memórias e representações das práticas de cuidados prestados por enfermeiros. Os critérios de inclusão desses serviços foram ser unidades da rede básica e hospitalar – ambulatórios –, que desenvolviam atendimento às pessoas vivendo com HIV, na condição de aconselhamento ou assistência especializada, no início da década de 2010.

Objetivou-se demonstrar a possível heterogeneidade das representações e memórias entre as regiões brasileiras considerando a diversidade das políticas estaduais e municipais de atenção à pessoa com HIV/aids, e das práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais, visto serem regiões com realidades sociais e processos de desenvolvimento da epidemia distintos.

3.4 Coleta de dados

Os dados analisados foram coletados a partir dos bancos de dados da pesquisa matriz, constituídos por: 1) Variáveis relativas ao questionário de caracterização socioeconômica dos profissionais e de caracterização dos serviços (ANEXO A); 2) textos de transcrição das entrevistas em profundidade orientadas por roteiro temático (ANEXO B).

Para a coleta de dados da pesquisa matriz, os participantes tiveram a garantia de privacidade e individualidade, a entrevista foi realizada em local reservado para que não houvesse interferências do ambiente, permitindo responder com liberdade os questionamentos dos entrevistadores.

As variáveis do banco de dados de caracterização socioeconômica foram as seguintes: sexo, idade, escolaridade, crenças religiosas, renda mensal, função assumida na instituição, tempo de trabalho na instituição e atuação profissional, permitindo levantar variáveis objetivas que, por hipótese, estabelecem relação com a representação estudada.

As variáveis do banco de dados de caracterização dos serviços analisadas foram as seguintes: identificação e características da equipe multiprofissional do serviço HIV/aids; captação da demanda e primeiro atendimento à pessoas vivendo com HIV; organização geral

da assistência às pessoas vivendo com o HIV/aids; atividades de seguimento ambulatorial de rotina; assistência prestada pela equipe multiprofissional e capacitação de recursos humanos.

O roteiro de entrevista f contemplou cinco blocos temáticos, quais sejam: 1. lembranças mais antigas e mais marcantes da aids e dos cuidados prestados a pessoas com aids ontem; 2. Os cuidados prestados a pessoas com aids hoje (no momento da coleta de dados); 3. Práticas de autoproteção e de proteção do outro; 4. Práticas de cuidado desenvolvidas nos próprios serviços, em outras instituições, pela sociedade e pelo Estado a pessoas com HIV/Aids; 5. Conhecimentos e representações do HIV/aids e dos cuidados a pessoas vivendo com aids. Este roteiro foi desenvolvido para a exploração das memórias e das representações sobre o HIV/aids e as práticas de cuidado desenvolvidas desde o início da epidemia até o momento da coleta de dados,. Na entrevista foi solicitado aos profissionais que relatassem a sua experiência com as pessoas vivendo com HIV, desde o aparecimento dos primeiros casos até o momento da coleta de dados, destacando a sua atuação junto as mesmas.

O roteiro de entrevista buscou apreender um relato baseado nas vivências cotidianas e nas práticas desenvolvidas pelos profissionais, no interior dos serviços de saúde. Elas foram registradas em gravador digital, com duração média de 45 minutos. As entrevistas foram transcritas, permitindo o registro fiel dos dados, e organizadas em banco de dados do projeto integrado.

A coleta de dados ocorreu no período de 2011 a 2013, o que permite a análise das representações e memórias, conforme constituídas à época.

Abric (2001) considera que as técnicas de coleta de dados nas pesquisas em representações sociais podem ser delimitadas em dois grupos principais, quais sejam: métodos interrogativos e associativos. O primeiro reúne a expressão dos sujeitos sobre o objeto de representação e, o segundo, também reúne tal expressão, só que de forma mais espontânea, menos controlada, permitindo uma hierarquização dos seus conteúdos.

A entrevista é definida por Gil (1999) como uma técnica que supõe uma conversação continuada entre o entrevistado e o pesquisador, no qual este se apresenta frente ao entrevistado e lhe formula perguntas, ou seja, é uma forma de interação social em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação, e a sua direção deve estar de acordo com os objetivos do estudo. Para Minayo (2012), a entrevista em profundidade parte da elaboração de um roteiro que possibilita o aprofundamento de temáticas que o pesquisador deseja abordar em campo.

Segundo Abric (2001), a entrevista em profundidade é caracterizada como uma situação de interação finalizada e se constitui como importante método aos estudos de

representações sociais. Esta técnica é utilizada como uma importante ferramenta para o acesso ao conteúdo das representações, porém observa-se que para um maior controle e ordenação das informações coletadas existe a necessidade de associar esta a outras técnicas de coleta de dados.

A pesquisa com dados secundários utiliza dados gerados com propósitos originalmente distintos daqueles definidos pelo pesquisador para a obtenção da informação desejada. A utilização de dados de origem secundária pode resultar em otimização de recursos e eficiência da ação. O uso de dados secundários deve considerar as potenciais restrições, como vieses intrínsecos, qualidade interna e limites inferenciais. Neste sentido, o conhecimento, por parte do pesquisador, de aspectos marginais aos dados é fundamental para a adequada utilização dos mesmos (TODESCHINI, et al., 2018).

3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

Em observância aos aspectos éticos e legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996) que normatizava, à época da coleta de dados, a pesquisa com seres humanos (2011-2013), o projeto multicêntrico de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética da UERJ, tendo sido aprovado através do protocolo nº. 074/2010-COEP e em 2011 ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, sendo aprovado através do protocolo nº. 38A/11.

Por se tratar de pesquisa multicêntrica, em 2012 o projeto foi também aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – registro 16755, através do parecer nº 053/2012 (ANEXO C) e, posteriormente, pelos Comitês de Ética dos demais municípios que integraram a pesquisa.

Para a realização da coleta de dados foi encaminhada uma solicitação às diretorias dos serviços de saúde, anexando-se uma cópia do projeto de pesquisa e a carta de aprovação do Comitê de Ética (ANEXOS D, E, F, G, H). Após a autorização institucional deu-se início ao contato com os sujeitos. Antes de realizar a coleta de dados foram apresentados, para cada entrevistado, os objetivos e a metodologia do estudo, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I) e solicitado que os sujeitos o assinassem. Cabe ressaltar que somente foram incluídos no estudo aqueles sujeitos que aceitaram, voluntariamente, participar

3.6 Análise de dados

As variáveis de caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa foram acessadas a partir do banco de dados do questionário de dados socioeconômicos, permitindo compreender o perfil social dos participantes, compondo um novo banco de dados construído com o *software EXCEL*. Esse banco de dados foi submetido à análise estatística descritiva e os seus resultados apresentados em tabelas de frequência absolutas e relativas.

Para análise de dados extraídos do banco de dados das entrevistas utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temático-categorial, proposta por Bardin (2011) e sistematizada por Oliveira (2008), que propõe uma categorização do tema estudado a partir do discurso dos entrevistados, possibilitando a classificação e a quantificação segundo a frequência da presença dos itens. (BARDIN, 2011).

De acordo com Bardin (2011) existem três fases para a realização na análise de conteúdo, sendo elas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro teórico e compreende a leitura geral do material eleito para a análise. A exploração do material consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em unidades de significação ou temáticas e posteriormente em categorias. A terceira e última fase compreende o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado.

A sistematização idealizada por Oliveira (2008) compreende um procedimento aplicado às entrevistas para extrair os conteúdos relevantes relativos ao objeto estudado e categorizá-los. Inicia-se pela leitura flutuante das transcrições das entrevistas, a fim de localizar aspectos importantes nos textos. Após a leitura são definidos os objetivos da análise e algumas hipóteses sobre o objeto analisado. Inicia-se, então, a identificação das unidades de registro (UR), definidas como recortes de sentidos expressos no texto por meio de frases completas ou parciais e/ou parágrafos contendo assertivas relativas ao objeto em estudo. Neste estudo foi definida como UR a unidade temática.

As UR foram marcadas do início até o final do corpus de análise, composto pelas entrevistas. Após essa marcação foram criadas as unidades de significação (US), a partir da associação de unidades de registro ao significado expresso por elas, ou seja, cada US foi

associado a um conjunto de UR (OLIVEIRA, 2008). Neste estudo foram identificadas 25 US, que foram agrupadas em seis categorias, segundo critérios empíricos e as hipóteses de análise. Após a categorização, os dados foram discutidos com base no referencial teórico sobre o objeto estudado e em estudos anteriormente desenvolvidos.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização do grupo de enfermeiros estudados

A seguir serão expostas em tabelas as variáveis de caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa. Estes são 28 enfermeiros distribuídos nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil.

A partir das três regiões brasileiras analisadas nota-se que a maior concentração dos participantes está na cidade do Rio de Janeiro, correspondendo a 32% (f=9), seguido de Belém, Santarém e Recife, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos participantes por município. Brasil, 2021.

Município	f	%
Rio de Janeiro	9	32,0
Belém e Santarém	6	21,5
Recife	6	21,5
Jequié e Vitória da Conquista	3	10,7
Manaus	3	10,7
Niterói	1	3,6
TOTAL	28	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: Representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil” (OLIVEIRA et al, 2013).

Quanto à distribuição dos participantes por região, conforme apresentado na tabela 2, a maior concentração está na região Sudeste do país, com 36% (f=36) dos profissionais enfermeiros, seguida das regiões norte e nordeste com percentuais iguais.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2020), o estado de São Paulo possui o maior número de profissionais de enfermagem, correspondendo a 25,3% (f=2.334.123), seguido do estado do Rio de Janeiro com 12,5% dos profissionais, o que faz da região sudeste a maior em termos de número de profissionais de enfermagem no Brasil.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes por região. Brasil, 2021.

Região	f	%
Sudeste	10	36
Norte	9	32
Nordeste	9	32
TOTAL	28	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: Representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil” (OLIVEIRA et al, 2013).

Em relação à faixa etária dos participantes nota-se, conforme a tabela 3, que o maior número de participantes está na faixa etária entre 31 e 40 anos de idade representando 42,8% (f=12). Este dado vai ao encontro da pirâmide etária apresentada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) previsto para 2010-2060 para a população brasileira. Apresenta-se que a população jovem, principalmente de 30 a 39 anos, é a mais volumosa da pirâmide, correspondendo a 8,1% (f= 211.923.881) (BRASIL, 2020).

Estes resultados também foram observados na pesquisa de Machado e colaboradores (2016), que analisou o perfil da enfermagem brasileira e demonstrou que a maioria dos profissionais de enfermagem estão na faixa etária de 31 a 35 anos, cerca de 366.165 profissionais.

Tabela 3- Distribuição dos participantes por faixa etária. Brasil, 2021.

Faixa etária	f	%
≤ 30 anos	2	7,1
31 a 40 anos	12	42,8
41 a 50 anos	8	28,6
51 a 60 anos	4	14,4
Sem resposta	2	7,1
TOTAL	28	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: Representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil” (OLIVEIRA et al, 2013).

Quanto à variável sexo, nota-se que a quase totalidade dos participantes pertence ao sexo feminino, compreendendo 92,8% (f=26); apenas um participante é do sexo masculino e um sem resposta. Este dado está fundamentado na historicidade da enfermagem, que tem seu surgimento apoiada em mulheres. A feminização da enfermagem é um fato histórico, que nasce como um serviço de cuidado doméstico, às crianças, aos doentes e aos velhos, intimamente ligado à figura da mulher-mãe. (LOPES; LEAL, 2005)

Um estudo realizado para avaliar o perfil da enfermagem brasileira demonstrou que cerca de 85,1% dos profissionais pertencem ao sexo feminino (MACHADO et al., 2016). Esse perfil parece se perpetuar, mesmo após a profissionalização da enfermagem, conforme demonstra os dados deste estudo.

A tabela 4 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com o estado marital e apresenta como resultado que 42,9% (f=12) dos participantes vivem com companheiro. De acordo com o Censo Demográfico do IBGE de 2010, 50% das pessoas viviam em união conjugal; 14,6% não viviam, mas já viveram e 35,4% nunca tiveram uma união. Ao gerar uma comparação entre o Censo Demográfico de 2000 com o de 2010 é possível perceber um aumento de pessoas que vivem em união, saltando de 49,5% para 50% os que não viviam,

mas já viveram passou de 11,9% para 14,6%, representando um aumento de 20% e os que nunca tiveram uma união tiveram uma diminuição de 38,6% para 35,4%. Esses dados demonstram que a maioria das pessoas tem um companheiro ou já teve de acordo com o senso de 2010, o último disponível.

Tabela 4- Distribuição dos participantes de acordo com estado marital. Brasil, 2021.

Estado marital	f	%
Vive com o companheiro	12	42,9
Não tem companheiro	9	32,1
Possui companheiro fixo, mas não vive com ele	6	21,4
Sem resposta	1	3,6
TOTAL	28	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: Representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil” (OLIVEIRA et al, 2013).

Quanto à variável renda pessoal em reais, nota-se que a maioria dos profissionais apresenta renda mensal entre R\$ 3.000,00 a 5.999,00 representando 46,5% (f=13). Observa-se que, em seguida, a renda mais significativa é de menos de R\$ 2.999,00, o que evidencia os baixos níveis salariais percebidos por essa categoria profissional.

Em 2009 foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados o Projeto de Lei (PL) 4924/09, que dispõe sobre o piso salarial do enfermeiro, do técnico e do auxiliar de enfermagem. De acordo com o texto original do PL, o piso salarial do enfermeiro seria de R\$ 4.650,00. No entanto, a proposta inicial foi modificada pelo relator para que 70% deste valor corresponda ao piso do técnico de Enfermagem e 50% ao do auxiliar. Inicialmente a definição era de 50% e 40%, respectivamente. Nota-se, portanto, uma tentativa de tornar o piso salarial da enfermagem mais igualitário, mas o que se percebe é que a diferença salarial é grande variando de instituição para instituição.

Tabela 5- Distribuição dos participantes de acordo com a renda pessoal mensal em reais. Brasil, 2021.

Renda mensal em reais	f	%
Até 2.999,00	6	21,4
De 3.000,00 a 5.999,00	13	46,5
De 6.000,00 a 8.999,00	3	10,7
Não informado	6	21,4
TOTAL	28	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: Representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil” (OLIVEIRA et al, 2013).

A tabela 6 demonstra a distribuição dos participantes de acordo com a religião a qual pertencem. Nota-se que a maior parte é católica, sendo 53,5% (f=15). Esse dado reflete ainda a predominância da religião no país. De acordo com o censo de 2010, há predominância dos adeptos da igreja católica sobre as demais religiões compreendendo um total de 64,6 %; seguida

de evangélicos igual a 22,2%; sem religião igual a 8% e de espíritas com 2%, as demais totalizam juntas 11%. Apesar de o quantitativo superior da igreja católica o censo de 2010 aponta uma diminuição do Catolicismo a partir de 1991 e o aumento das demais religiões, destacando-se as evangélicas.

Apesar dos dados do censo de 2010 serem compatíveis com o resultado da pesquisa em relação ao catolicismo, os demais dados divergem havendo uma sobreposição do espiritismo com 25% (f=7) e sem religião ou outra 14,3% (f=4) sobre a religião evangélica que totalizou, neste estudo, 3,6% (f=1) dos participantes.

Tabela 6- Distribuição dos participantes de acordo com a religião. Brasil, 2021.

Religião	f	%
Católica	15	53,5
Espírita, Espiritualista	7	25
Não tem religião ou outra	4	14,3
Evangélica	1	3,6
Sem resposta	1	3,6
TOTAL	28	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: Representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil” (OLIVEIRA et al, 2013).

Quanto à distribuição dos participantes de acordo com a orientação política (tabela 7), observa-se que a maioria deles não apresenta orientação política, compreendendo 53,6% (f=15), seguidos dos que são de esquerda ou centro-esquerda 28,6% (f=8), revelando certo distanciamento desse grupo de questões afeitas a ideologia.

Tabela 7- Distribuição dos participantes de acordo com orientação política. Brasil, 2021.

Orientação política	f	%
Não tem orientação política	15	53,6
Esquerda ou Centro-esquerda	8	28,6
Direita ou centro-direita	3	10,7
Não informado	2	7,1
TOTAL	28	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: Representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil” (OLIVEIRA et al, 2013).

Na tabela 8 consta a distribuição dos participantes de acordo com o nível de formação e demonstra que 71,4% (f=20) dos enfermeiros possuem alguma especialização *lato sensu*. Outra pesquisa realizada por Wermelinger et al (2016) fez um levantamento sobre o nível de formação dos enfermeiros brasileiros e constatou que 80% destes fizeram ou estão fazendo alguma pós-graduação *lato sensu*, em contrapartida, os que fizeram ou estão fazendo mestrado compreendem 10,9% e doutorado 4,7% dos enfermeiros.

Tabela 8- Distribuição dos participantes de acordo com nível de formação. Brasil, 2021.

Nível de formação	f	%
Especialização	20	71,4
Ensino Superior	3	10,7
Mestrado	3	10,7
Doutorado	1	3,6
Não informado	1	3,6
TOTAL	28	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: Representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil” (OLIVEIRA et al, 2013).

Quanto à distribuição dos participantes em relação ao tempo de formação profissional (tabela 9), nota-se que a maioria dos enfermeiros se formou há menos de 15 anos. Compreendendo 35,7% (f=10) com tempo de formação menor ou igual a 5 anos e 35,7% (f=10) com tempo de formação entre 6 e 15 anos.

Estes dados evidenciam o aumento de profissionais enfermeiros formados mais recentemente no mercado de trabalho que pode ser justificado pelo crescente número de escolas de enfermagem, resultado do movimento de expansão da educação superior no Brasil nas duas últimas décadas. Uma pesquisa demonstra que no ano de 1991 os cursos de graduação em enfermagem no Brasil totalizavam 106 e em 2011 estes cursos de graduação somando tanto a iniciativa privada quanto as universidades públicas chega a 799 cursos, sendo 388 destes na Região Sudeste. Com a ampliação dos cursos de enfermagem se tornou mais fácil o acesso à graduação e o surgimento de profissionais com menos tempo de atuação no mercado de trabalho (FERNANDES; TEIXEIRA; SILVA; FLORÊNCIO; SILVA; ROSA, 2013).

Tabela 9- Distribuição dos participantes de acordo com tempo de formação profissional. Brasil, 2021.

Tempo de formação	f	%
Igual ou menor que 05 anos	10	35,7
06 a 15 anos	10	35,7
16 a 25 anos	4	14,3
Igual ou maior que 26 anos	2	7,1
Sem resposta	2	7,1
TOTAL	28	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: Representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil” (OLIVEIRA et al, 2013).

A tabela 10 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com o tempo de atuação profissional com pessoas vivendo com HIV e demonstra que a maioria dos profissionais apresenta menos de 15 anos de atuação nessa área. Compreendendo 39,3% (f=11) entre 6 e 15 anos e 35,7% (f=10) com tempo de atuação igual ou menor de 5 anos.

Tabela 10- Distribuição dos participantes de acordo com tempo de atuação com pessoas vivendo com HIV. Brasil, 2021.

Tempo de atuação com pessoas vivendo com HIV	f	%
Igual ou menor que 05 anos	10	35,7
06 a 15 anos	11	39,3
16 a 25 anos	4	14,3
Igual ou maior que 26 anos	1	3,6
Sem resposta	2	7,1
TOTAL	28	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: Representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil” (OLIVEIRA et al, 2013).

Em relação à distribuição dos participantes com suspeita de já ter se contaminado com HIV, a tabela 11 demonstra resultados similares entre as respostas “sim” e “não”, sendo 50% (f=14) e 42,9% (f=12) respectivamente. Ainda assim, a maioria dos enfermeiros já suspeitou ter contraído o vírus.

Uma das possibilidades de contaminação se deve a exposição dos profissionais, principalmente da equipe de enfermagem a materiais perfurocortantes e biológicos, na medida em que estes passam grande parte da assistência aos cuidados diretos aos pacientes, bem como manipulando materiais contaminados, ocasionando grande risco de acidentes de trabalho (SILVA et al., 2018).

Tabela 11- Distribuição dos participantes de acordo com suspeita de ter se contaminado com HIV. Brasil, 2021.

Suspeita de ter se contaminado	f	%
Sim	14	50
Não	12	42,9
Sem resposta	2	7,1
TOTAL	28	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: Representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil” (OLIVEIRA et al, 2013).

Quanto à realização do autoteste para HIV, a tabela 12 apresenta que a grande maioria dos participantes 89,3% (f=25) já fez o teste anti-HIV. Em uma pesquisa realizada por Formozo e Oliveira (2009) com vistas às representações sociais do cuidado de enfermagem prestado à pessoa vivendo com HIV/Aids na perspectiva da equipe de enfermagem demonstrou-se que os entrevistados apontaram diversos procedimentos nos quais se percebem sob exposição ocupacional. Dentre estes procedimentos, encontram-se a realização de curativos, a punção venosa, o contato com lesões de pele, a administração de medicações endovenosas e a aspiração traqueal. Desta forma, por se perceberem em risco de exposição pode-se justificar o fato de grande parte já ter suspeitado ter o vírus (tabela 12) o ter realizado o autoteste (tabela 13).

Tabela 12- Distribuição dos participantes de acordo com a realização do teste anti-HIV. Brasil, 2021.

Realização do teste de HIV	f	%
Sim	25	89,3
Não	1	3,6
Sem resposta	2	7,1
TOTAL	28	100

Fonte: Banco de dados da pesquisa “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: Representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil” (OLIVEIRA et al, 2013).

A partir dos dados supracitados, o perfil apresentado pelos enfermeiros deste estudo, em sua maioria, compreende: profissionais residentes no Rio de Janeiro, região Sudeste; com faixa etária de 31 a 40 anos; do sexo feminino; vive com companheiro; possui renda mensal pessoal entre 3000 a 5999; segue o catolicismo; não possui orientação política; tem, pelo menos, uma especialização *latu sensu*; tempo de formação profissional entre 0 e 15 anos e tempo de atuação com pessoas vivendo com HIV de 06 a 15 anos; relatam ter se contaminado com HIV em algum momento e já terem feito o teste de HIV ao longo de sua trajetória profissional.

4.2 Memórias e representações do cuidado de saúde às pessoas vivendo com HIV

Foram analisadas 28 entrevistas a partir das quais obteve-se 1.891 unidades de registro (URs), distribuídas em 25 unidades de significação. Estas foram agrupadas em 6 categorias que são as seguintes: 1. Dimensão conceitual do cuidado de saúde; 2. Modalidades de cuidados de saúde prestados/exigidos às pessoas vivendo com HIV; 3. Modalidades de cuidados de enfermagem prestados a pessoas vivendo com HIV; 4. Recursos tecnológicos e profissionais para o cuidado de saúde; 5. Qualidade do cuidado facilidades e dificuldades enfrentadas nas práticas do cuidado de saúde e 6. Atuação profissional do início da epidemia até o ano de 2013 (APÊNDICE A).

Deve-se destacar que o conjunto de categorias sintetiza aspectos das memórias e das representações relativas ao cuidado prestado à pessoa vivendo com HIV, sejam eles afeitos ao início da epidemia, aos anos subsequentes ou ao início da década de 2010, momento da coleta de dados.

4.2.1 Categoria 1: Dimensão conceitual do cuidado de saúde

Esta categoria inclui diferentes conceitos de cuidado de saúde na percepção dos enfermeiros, compondo a dimensão conceitual da representação social analisada. Inclui, também, as imagens construídas pelos enfermeiros associadas às pessoas vivendo com HIV, projetando características físicas de acordo com as vivências profissionais.

A categoria é composta por 121 URs o que representa 6,5% do total de unidades da análise. Compreende as unidades de significação (US): Responsabilidades/papel do enfermeiro com pessoas vivendo com HIV, 30 URs (1,6%); Definições de cuidado de saúde (1,9%); e Perfil de saúde das pessoas vivendo com HIV, 55 URs (3%).

Quanto ao conceito de cuidado de saúde, os enfermeiros o descreveram como cuidado integral, ou seja, não só focado no tratamento da doença, mas também orientado para a promoção a saúde e prevenção de agravos. Neste sentido, observa-se a ampliação da definição de cuidado de saúde às pessoas vivendo com HIV, não podendo ser resumido ao tratamento medicamentoso destinado a esse grupo, conforme pode ser evidenciado nas UR exemplificadas abaixo

O cuidado de saúde é, atualmente [2013], a visão de cuidado de saúde integral, a visão é de um cuidado de saúde holístico, integral da saúde e não só focado na aids, mas abrindo horizontes para outros aspectos da vida dessa pessoa vivendo com HIV/Aids (Ent. n°3, sexo F, Norte, Manaus, 31 a 40 anos).

O prestar cuidado de saúde a pessoa com HIV vai muito além de você dar um antirretroviral (Ent. n° 23, sexo F, Sudeste, Rio de Janeiro, 51 a 60 anos).

Em relação ao papel do enfermeiro neste cenário, ele é visto como fundamental para a organização dos serviços e gerenciamento das atividades da unidade de saúde. Algumas atividades mencionadas foram marcação de exames, consultas e acompanhamento das pessoas vivendo com HIV. No entanto, observa-se a afirmação da desvalorização e a falta de reconhecimento da profissão.

O enfermeiro tem papel fundamental para auxiliar a pessoa vivendo com HIV/Aids a seguir o tratamento (Ent. n°24, sexo F, Sudeste, Rio de Janeiro, 51 a 60 anos).

O médico pede o que precisa e eu fico responsável em dar sequência [...], nem sempre a gente consegue, mas eu agendo retorno para realização dos testes (Ent. n°3, sexo F, Norte, Manaus, 31 a 40 anos).

Sou mais uma [...]. Infelizmente tudo depende do médico (Ent. n° 28, sexo F, Sudeste, Niterói, 41 a 50 anos).

Os enfermeiros participantes, ao prestar cuidados, traçaram características e construíram imagens das pessoas vivendo com HIV. Essas imagens variaram segundo o período e o local nos quais os profissionais trabalharam, ou seja, quando atuaram em hospitais no início da epidemia, as imagens construídas foram de pessoas emagrecidas, debilitadas e pálidas. No entanto, quando essa atuação foi após 1996, quando se iniciou a terapia antirretroviral, essas características foram amenizadas.

Quando vinham, estavam muito magros, muito abatidos, alguns caquéticos, a diarreia era predominante (Ent. n°11, sexo F, Nordeste, Jequié, 31 a 40 anos).

Víamos uma pessoa com HIV/aids como aquele feio, magro, manchado, tossindo, caveira (Ent. n° 1, sexo F, Norte, Manaus, menos de 30 anos).

Após a TARV as coisas melhoraram, a aids se tornou crônica, as características mudaram e não teve mais cara [...] antes era assim “ah ele tem aids” devido as características (Ent. n°6, sexo F, Norte, Belém, 41 a 50 anos).

4.2.2 Categoria 2: Modalidades de cuidado de saúde prestados/exigidos às pessoas vivendo com HIV

Nesta categoria foram expostas as diferentes perspectivas dos enfermeiros sobre as diferentes formas que o cuidado de saúde assumiu ao longo do tempo, com associações ao tratamento, a comparação das práticas de cuidado de saúde e de enfermagem. Refere-se as modalidades de cuidado e tratamento que devem ser prestados em comparação àqueles que de fato são oferecidos a pessoas vivendo com HIV, e também a influência dos cuidados sobre as demais áreas do conhecimento e campos da saúde.

Possui 221 URs o que representa 11,6% das unidades do estudo. A categoria é composta pelas unidades de significação: Influência dos cuidados às pessoas vivendo com HIV sobre outras áreas do cuidado, 18 URs (0,9%); Tratamento confrontado às práticas de cuidados, 18 URs (0,9%); Cuidados prescritos comparados aos efetivamente prestados, 28 URs (1,5%); Definição de tratamento às pessoas vivendo com HIV, 60 URs (3,2%); e Cuidados de saúde às pessoas vivendo com HIV, com 97 URs (5,2%);

Considerando as unidades de significação que compõem esta categoria, observa-se que os cuidados de saúde necessários às pessoas vivendo com HIV são mais abrangentes do que a administração de medicamentos e a realização de exames. O cuidado de saúde inclui lazer,

atividade física, alimentação e bem-estar. Observa-se que ao definir as atividades que compõem o cuidado de saúde os enfermeiros ampliam o conceito, dando objetividade ao que concebem por cuidado integral.

Os cuidados necessários, acredito que sejam a prevenção, também tem a alimentação, medicação” (Ent. n° 21, sexo F, Sudeste, Rio de Janeiro, 31 a 40 anos).

Os cuidados de saúde incluem tomar a medicação, comparecer ao serviço de saúde, onde é acompanhado para passar pelas consultas, fazer exames laboratoriais que são solicitados e carga viral e todos os outros (Ent. n° 22, sexo F, Sudeste, Rio de Janeiro, 31 a 40 anos).

O tratamento é definido de forma semelhantes aquele do cuidado de saúde e, também, com a definição de práticas de cuidado. O tratamento é concebido como algo que vai além da medicação e inclui aspectos sociais, econômicos e o apoio familiar. No entanto, essa concepção não é consensual, para um sub no grupo de enfermeiros, o tratamento às pessoas vivendo com HIV consiste exclusivamente no uso da medicação.

O tratamento atualmente [2013] não é visto só como medicamentoso, como aquela questão de internação, nem meramente como administração de antirretrovirais. Atualmente [2013], vemos todos os aspectos, psicossocial, econômico, questão familiar, no âmbito que temos que interagir realmente para ter um sucesso na terapêutica (Ent. n°6, sexo F, Norte, Belém, 41 a 50 anos).

O tratamento é a medicação e a prática de cuidado à saúde é essa atenção que damos, é orientando, sempre enfatizando que tem que tomar a medicação, não pode falhar (Ent. n° 17, sexo F, Nordeste, Recife, 51 a 60 anos).

Quanto à influência dos cuidados desenvolvidos às pessoas vivendo com HIV sobre o cuidado nas demais áreas da saúde, foi descrita a importância dos investimentos em pesquisa, das publicações científicas e da apropriação dos profissionais sobre as infecções sexualmente transmissíveis. A comunicação na equipe, a atualização sobre os modos de transmissão e sobre os agravos incentivou o desenvolvimento de cuidados de biossegurança e o uso de equipamentos de proteção individual.

O programa de aids tem recurso próprio, desenvolve práticas que avançam outras áreas, outras patologias e, principalmente, o investimento é pesado em precaução. Além de prevenir a infecção pelo HIV, adoecimento pela aids, previne uma série de outras DST. Passou-se a repensar as questões sobre sexualidade, ampliou o horizonte de atuação na prática da saúde (Ent. n°2, sexo F, Norte, Manaus, 41 a 50 anos).

Os cuidados prescritos quando comparados aos cuidados prestados evidenciam a defasagem entre a percepção da necessidade de cuidado e as possibilidades concretas de sua realização. Foram observados os cuidados que são prescritos, ou considerados ideais segundo

as necessidades dos usuários que, dentro da realidade das unidades de saúde, não são realizados. A disponibilidade de exames complementares e de medicamentos para o controle de infecções oportunistas são exemplos dessas defasagens.

Existem os cuidados que são prescritos e aqueles que a gente já sabe que existe. A prescrição médica e a prescrição de enfermagem e isso ai eles são feitos sim, dentro do possível, eles são feitos e a gente procura o tempo todo fazer para que não seja quebrada aquela coisa, que realmente o atendimento seja feito (Ent. n° 7, sexo F, Norte, Belém, 31 a 40 anos).

Não são todos os medicamentos que conseguimos fazer, nem sempre dá para fazer tudo o que pedem porque faltam coisas (Ent. n° 28, sexo F, Sudeste, Niterói, 41 a 50 anos).

4.2.3 Categoria 3: Modalidades de cuidado de enfermagem prestados às pessoas vivendo com HIV

Esta categoria refere-se às práticas de cuidado de enfermagem destinadas às pessoas vivendo com HIV e, também, aos familiares que formam uma rede de apoio social. Possui, em sua totalidade, 370 URs o que corresponde a 19,5% das unidades do estudo. É composta pelas seguintes unidades de significação: Cuidados destinados aos familiares das pessoas vivendo com HIV, 69 URs (3,6%) e Cuidados de enfermagem prestados às pessoas vivendo com HIV, 301 URs (15,9%).

As modalidades de cuidado de enfermagem prestados às pessoas vivendo com HIV referidas são cuidados inespecíficos, ou seja, que independem da condição clínica dos usuários. Algumas dessas modalidades referidas são: procedimentos técnicos, como administração de medicação de acordo com a prescrição médica, banho no leito e higiene, além de orientações sobre o autocuidado, marcação de exames para o acompanhamento da carga viral e encaminhamentos para outros profissionais e especialidades, tais como dermatologista e nutricionista. No entanto, a observação holística e a humanização do cuidado de enfermagem também são referidas, inserindo-se como contextos necessários das práticas de cuidado.

Os cuidados em enfermagem eram mais a medicação mesmo, era oral ou intravenosa, banho, higiene (Ent. n° 6, sexo F, Norte, Belém, 41 a 50 anos).

Os cuidados em enfermagem que eu prestava eram os mais variados cuidados que nós fazemos aqui...consulta de enfermagem, visita domiciliar, nós orientamos, marcamos exame (Ent. n° 17, sexo F, Nordeste Recife, 51 a 60 anos).

Esse cuidado de enfermagem que a gente presta é o que eu estou dizendo, o cuidado de ver o paciente como um todo, isso sim faz um diferencial (Ent. N° 8, sexo F, Norte, Belém, 31 a 40 anos).

Auxiliar no banho quando necessário, administrar medicação, os cuidados em enfermagem no leito, ter um tratamento mais humanizado e conversar para saber o que ele está precisando no momento, quais são as angústias (Ent. n° 9, sexo F, Norte, Belém, 31 a 40 anos).

O principal cuidado destinado aos familiares das pessoas vivendo com HIV descrito pelos enfermeiros foi a orientação, uma vez que a família é vista como ponto de apoio e alicerce das pessoas vivendo com HIV. A família é inserida no tratamento através da orientação, informação e escuta qualificada, colaborando com o tratamento e o acompanhamento do usuário. As principais orientações descritas foram: desenvolvimento do tratamento e do acompanhamento, as boas práticas de saúde e a prevenção de agravos.

Basicamente é um trabalho de orientação (Ent. n° 3, sexo F, Norte, Manaus, 31 a 40 anos).

Se chega algum familiar pedindo algum material, como uma luva ou outro material, fornecemos (Ent. n° 4, sexo F, Norte, Belém, 31 a 40 anos).

Mando panfleto para entregar a mãe, mando que ele traga a mãe para a gente conversar, orientar (Ent. n° 19, sexo F, Sudeste, Rio de Janeiro, 41 a 50 anos).

Sempre procuramos juntar a família nesse universo (Ent. n° 24, sexo F, Sudeste, Rio de Janeiro, 41 a 60 anos).

Nós damos uma espécie de pré-aconselhamento, fala-se um pouco do HIV, um pouco das DSTs para ela já ir se familiarizando ali (Ent. n° 15, sexo F, Nordeste, Recife, 51 a 60 anos).

4.2.4 Categoria 4: Recursos tecnológicos e profissionais para o cuidado de saúde

Esta categoria refere-se aos suportes necessários de recursos tecnológicos, profissionais, medicamentosos e assistenciais para o atendimento às pessoas vivendo com HIV, assim como os benefícios da inserção da terapia antirretroviral no cuidado. Inserem-se, também, as práticas de proteção desenvolvidas pelos profissionais ao prestarem cuidados às pessoas vivendo com HIV e aos demais usuários dos serviços de saúde.

Possui 421 URs e compreende 22,2% do total de unidades do estudo. Apresenta as seguintes unidades de significação: O uso de ARV como avanço no cuidado às pessoas

vivendo com HIV, 9 URs (0,5%); Tempo e local de atuação da equipe multiprofissional às pessoas vivendo com HIV, 21 URs (1,2%); Articulação da equipe multiprofissional no cuidado de saúde às pessoas vivendo com HIV, 38 URs (2%); Membros da equipe multiprofissional envolvidos no cuidado às pessoas vivendo com HIV, 63 URs (3,3%); Recursos medicamentosos e técnicos destinados ao cuidado às pessoas vivendo com HIV, 104 URs (5,5%); e Práticas de proteção à saúde adotadas no cuidado às pessoas vivendo com HIV, 186 URs (9,8%).

Quanto aos recursos medicamentosos, os enfermeiros relataram não faltar antirretrovirais, o que não se observa nos demais medicamentos utilizados para o combate as infecções oportunistas, que são de uso frequente por pessoas vivendo com HIV, devido à baixa imunidade, que com frequência não estavam disponíveis. Em relação aos recursos técnicos, referiram-se ao *déficit* de profissionais, de exames laboratoriais e de estrutura física e, também as dificuldades socioeconômicas enfrentadas pelo grupo.

Suficientes não. Podem ser em parte adequados, mas suficientes teríamos que ter outra estrutura socioeconômica (Ent. n°2, sexo F, Norte, Manaus, 41 a 50 anos).

Os antirretrovirais nunca faltam (Ent. n° 6, sexo F, Norte, Belém, 41 a 50 anos).

Falta recurso material e temos a deficiência do medicamento (Ent n° 7, Norte, Belém, 41 a 50 anos).

Quanto aos recursos técnicos são insuficientes e temos o básico: hemograma, colesterol, triglicerídeos, sorologia para toxoplasmose e citomegalovírus (Ent. N° 14, sexo F, Nordeste, Recife, 31 a 40 anos).

O uso dos ARV foi destacado pelos participantes e avaliado positivamente por eles. A evolução tecnológica da medicação, a diminuição dos efeitos adversos e do número de comprimidos diários são reconhecidos como aspectos que favoreceram a adesão dos usuários ao tratamento e a melhoria na qualidade de vida.

Acredito que foram sim os antirretrovirais, que melhoraram muito e fizeram essas mudanças no tratamento que se tem hoje (Ent. n° 17, sexo F, Nordeste, Recife, 51 a 60 anos).

Melhorou muito. Percebo a melhora no tratamento e a adesão, pois a medicação está mais eficiente (Ent. n°2, sexo F, Norte, Manaus, 41 a 50 anos).

Os enfermeiros referiram-se aos cuidados que os profissionais devem ter ao prestarem cuidados a esses usuários. Relataram que se no início da epidemia, o uso de equipamentos de proteção era excessivo, devido ao desconhecimento do modo de transmissão do vírus, ou

mesmo por preconceito. Após a década de 80, os cuidados de biossegurança passaram a ser os mesmos adotados para aqueles que não apresentam o HIV. Desta forma, os equipamentos de proteção individual utilizados são, por exemplo, luvas, óculos de proteção, capote, variando de acordo com o procedimento a ser realizado e ao tipo de material biológico ao qual o profissional será exposto.

A proteção é igual para todos. Se eu for fazer uma punção venosa eu tenho que usar o meu EPI que é luva, que são os óculos de proteção, se eu for fazer uma drenagem, enfim, tem sim que utilizar os EPI (Ent. n°27, sexo F, Sudeste, Rio de Janeiro, sem resposta).

Eu me cuido da mesma maneira, até porque a gente não sabe quem tem. Foi tempo que HIV tinha cara (Ent n° 25, Sexo F, Sudeste, Rio de Janeiro, 41 a 50 anos).

No início a gente andava igual astronauta de tanta coisa que usava para se proteger (Ent. n° 23, sexo F, Sudeste, Rio de Janeiro, 51 a 60 anos).

Quanto aos membros participantes da equipe multiprofissional atuantes nas unidades de saúde, os enfermeiros identificaram: enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social e médico. Identificaram, no entanto, que em algumas unidades apresentavam equipes com outros integrantes, tais como: farmacêuticos, bioquímicos, dentistas. A articulação com a equipe multiprofissional é avaliada como positiva pelos participantes.

Nossa equipe é composta por equipe de enfermagem, dentista, bioquímico, farmacêutico, médico, psicólogo, assistente social, o pessoal da recepção e do administrativo (Ent. n° 16, sexo F, Nordeste, Recife, 41 a 50 anos).

Dependendo de onde você trabalha tem mais profissionais, mas aqui eu tenho médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social e o pessoal da recepção (Ent. n°4, sexo F, Norte, Belém, 31 a 40 anos).

Em relação ao tempo e ao local de atuação com pessoas vivendo com HIV, foram observadas experiências em locais distintos dos CTA e SAE de atuação. Profissionais com mais tempo de atuação na área, por exemplo, trabalharam em hospitais gerais no início da epidemia; os mais jovens relataram experiências apenas em unidades básicas de saúde e ambulatorios (CTA ou SAE).

Eu sempre trabalhei em ambiente hospitalar, mas atualmente [2013] trabalho com pessoas vivendo com HIV em ambulatório (Ent. n°12, sexo F, Nordeste, Jequié, sem resposta).

Desde que eu me formei que eu trabalho aqui (CTA), foi meu primeiro emprego (Ent. n°14, sexo F, Nordeste, Recife, 31 a 40 anos).

4.2.5 Categoria 5: Qualidade do cuidado, facilidades e dificuldades enfrentadas nas práticas de cuidado de saúde

Nessa categoria incluem-se os aspectos facilitadores e dificultadores do cuidado de saúde identificados para o desenvolvimento das atividades profissionais. São destacados o nível de capacitação para exercer determinadas atividades, a disponibilidade de recursos e a estrutura da unidade de saúde, reconhecendo que tais questões podem interferir na qualidade do cuidado prestado ao grupo.

Esta categoria também inclui os sentimentos experimentados pelos enfermeiros ao cuidarem de pessoas vivendo com HIV e sua satisfação em relação ao cuidado prestado, revelando uma dimensão atitudinal do cuidado.

Esta categoria possui 529 URs que compreendem 27,9% das unidades do estudo. É composta pelas seguintes unidades de significação: Aspectos facilitadores do cuidado às pessoas vivendo com HIV, 36 URs (1,9%); Qualidade do cuidado de saúde destinado às pessoas vivendo com HIV, 61 URs (3,2%); Nível de capacitação para o cuidado às pessoas vivendo com HIV, 78 URs (4,1%); Dificuldades encontradas no cuidado às pessoas vivendo com HIV, 86 URs (4,5%); Experiências do primeiro contato profissional com pessoas vivendo com HIV, 139 URs (7,4%); e Sentimentos vivenciados ao atuar com pessoas vivendo com HIV, 129 (6,8%).

As dificuldades encontradas pelos enfermeiros no cuidado às pessoas vivendo com HIV referidas são o *déficit* de material e medicações, a falta de suporte social e familiar, dentre outros, dificultando o acesso e a adesão ao tratamento. Já os aspectos facilitadores são a disponibilidade de material e recursos, o apoio familiar, a atuação de uma equipe comprometida e apropriada adesão ao tratamento, favorecendo a qualidade do cuidado prestado.

Ainda temos dificuldades em acessar algumas medicações especiais que as pessoas vivendo com HIV/Aids têm. A questão social também é muito complicada, porque nem tudo conseguimos resolver, muitos pacientes não aderem ao tratamento (Ent. n°1, sexo F, Norte, Manaus, menos de 30 anos).

O cuidado fica mais fácil quando há disponibilidade de material, uma equipe comprometida com o paciente e quando a pessoa que vive com HIV segue as orientações que a gente dá (Ent. n°14, sexo F, Nordeste, Recife, 41 a 50 anos).

Quanto a qualidade do cuidado destinado às pessoas vivendo com HIV, os enfermeiros avaliaram como diretamente relacionados ao equilíbrio entre novos usuários e a disponibilidade de recursos materiais e humanos nos serviços de saúde. Mesmo se referindo ao início da década de 2010, é apontado o grande número de pessoas com demanda de cuidados e a redução do quadro de profissionais, resultando em prejuízo da qualidade do atendimento.

Acho a quantidade de pessoas vivendo com HIV está diminuindo a qualidade do atendimento. A falta de recursos humanos está diminuindo também e está enfraquecendo a qualidade do atendimento e do cuidado prestado (Ent. n°5, sexo F, Norte, Belém, 41 a 50 anos).

Tem dia que parece que não vamos dar conta de fazer tanta coisa (Ent. n° 23, sexo F, Sudeste, Rio de Janeiro, 51 a 60 anos).

Os sentimentos e experiências dos enfermeiros ao prestarem cuidados às pessoas vivendo com HIV apresentaram-se variados. Notou-se em alguns a dificuldade em assistir essas pessoas quando necessário entregar os resultados dos testes, principalmente quando este era positivo. Outros não sentiam-se capazes de prestar assistência devido ao medo do desconhecido e da contaminação pelo vírus.

Todo paciente que eu atendo quando é para dar esse resultado de HIV positivo eu me sinto muito mal (Ent. n°9, sexo F, Norte, Belém, 31 a 40 anos).

No início eu não me sentia capaz de cuidar desses pacientes [...] na verdade eu tinha muito medo (Ent. n°14, sexo F, Nordeste, Recife, 31 a 40 anos).

Em relação a capacitação profissional, foi reconhecida a defasagem da educação continuada e o conseqüente despreparo para assumir o cuidado de pessoas vivendo com HIV, especialmente no período inicial de atuação profissional com esse grupo.

Quando eu vim para o programa aids eu não tive capacitação, depois que eu fui para a capacitação e eu não me achava capaz não, mas atualmente [2013] sim (Ent. n° 13, sexo F, Nordeste, Recife, 31 a 40 anos).

Eu estava acabando de me formar, não tinha nenhuma experiência em nenhuma área e não me sentia pronta para trabalhar com isso (atuar com paciente vivendo com HIV) (Ent n° 25, Sexo F, Sudeste, Rio de Janeiro, 41 a 50 anos).

4.2.6 A categoria 6: Atuação profissional do início da epidemia até o início de 2010

Esta categoria aborda a atuação dos profissionais no início da epidemia ou no início de sua atuação profissional com pessoas vivendo com HIV. Deste modo, refere-se aos cuidados

de saúde projetados em períodos anteriores ao início da década de 2010, destacando de forma comparativa as diferenças entre os cuidados "antigos" e os "novos" em relação ao HIV/Aids. Inclui, também, a organização do sistema de saúde para atender ao grupo de pessoas vivendo com HIV nesses dois momentos.

A categoria apresenta 229 URs o que corresponde a 12,1% do total de unidades de registro da análise. É composta pelas unidades de significação: A organização dos serviços e o fluxo do atendimento às pessoas vivendo com HIV no início da atuação profissional, 5 URs (0,3%); Cuidados multiprofissionais prestados às pessoas vivendo com HIV no início da atuação profissional, 73 URs (3,9%); e Diferenças nos cuidados prestados às pessoas vivendo com HIV entre o início da epidemia e a década de 2010, 151 URs (7,9%).

A partir das unidades de significação que compõem e caracterizam a categoria, nota-se que os profissionais fazem distinção entre os cuidados que eram prestados no surgimento da epidemia, ainda na década de 1980, e nos anos subsequentes, sendo denominados de cuidados "novos" e cuidados "antigos". Os cuidados "novos" foram sendo aprimorados de acordo com a evolução científica e a apropriação do conhecimento sobre a doença ao longo dos anos; já os cuidados "antigos" se referem aqueles realizados com base nas experiências passadas de outras doenças virais e não virais permeadas por preconceito, discriminação e medo.

O grupo de enfermeiros entrevistados possui idade e tempo de atuação com pessoas vivendo com HIV bastante heterogêneos, o que faz com que muitos enfermeiros não tenham vivenciado o início da epidemia e tenham um olhar diferente do cuidado de saúde quando comparados àqueles que tiveram essa experiência.

Atualmente [2013] temos muito mais recursos, nós temos situações muito mais adequadas, naquele tempo era muito mais experiência mesmo, a pessoa com HIV/Aids tomava quarenta, cinquenta comprimidos por dia e fazia hepatite medicamentosa (Ent. n° 28, sexo F, Sudeste, Niterói, 41 a 50 anos).

A forma de atuação vem se modificando porque não é só a questão de descobrir o diagnóstico e conduzir o tratamento, como era antes, mas também tem o serviço de psicologia, assistente social, nutricionista e, muitas vezes, tendo que intervir com enfermeiro (Ent. n°18, sexo F, Nordeste, Recife, 31 a 40 anos).

Sendo que naquela época nós não tínhamos testagem rápida como temos atualmente [2013]. Não podíamos dar um diagnóstico rápido (Ent. n°26, sexo F, Sudeste, Rio de Janeiro, 31 a 40 anos).

É bem diferente. Atualmente [2013] a ciência é mais avançada [...] a gente tem antirretrovirais, antigamente não se tinha muita noção, o estudo era: o que é isso? o que faz? Atualmente [2013] a gente já tem algumas respostas para a aids (Ent n°11, sexo F, Nordeste, Jequié, 31 a 40 anos).

Quanto aos cuidados multiprofissionais, foi destacada a importância e a agilidade no atendimento quando o trabalho em equipe ocorre de modo integrado, interdisciplinar. Outros relataram experiências negativas com a equipe, evidenciando um cuidado fragmentado, falta de interesse nas atividades e ações de saúde desconexas.

A equipe multiprofissional sempre foi de grande importância para que as pessoas que têm HIV e a própria família para que possam aderir ao tratamento, dar continuidade, tendo a eficácia (Ent. n°18, sexo F, Nordeste, Recife, 31 a 40 anos).

Tem gente que não quer trabalhar (Ent. n° 17, sexo F, Nordeste Recife, 51 a 60 anos).

Eu acredito que os profissionais precisam atuar juntos. É muito melhor para o paciente [...] É toda uma troca de experiência (Ent n°10, sexo F, Nordeste, Jequié, 41 a 50 anos).

O fluxo do atendimento foi definido como a organização dos atendimentos dos profissionais da equipe e as atividades propostas para pessoas vivendo com HIV, dentro da unidade de saúde. Esse processo propiciou o trabalho em equipe e a integração das ações entre os seus membros.

É toda uma sequência, tem um fluxo. Pode começar pelo início, pelo médico, pela primeira consulta médica, pelo primeiro cuidado de saúde com o médico, comigo, depende de quem vai abordar, de quem aborda primeiro (Ent. n°9, sexo F, Norte, Manaus, 31 a 40 anos).

Normalmente o médico atende primeiro, se for preciso encaminhar, ele encaminha para outro profissional, ou passa pela gente para orientação (Ent. n° 7, sexo F, Norte, Belém, 31 a 40 anos).

A partir das categorias descritas nota-se que os enfermeiros fazem uma marcação temporal e de comparação da evolução do cuidado de saúde às pessoas que vivem com HIV e a atuação profissional, durante o desenvolvimento da epidemia de aids, desde o seu surgimento nos anos 1980 e durante as décadas de 1990, 2010 e até o ano de 2013. Essa comparação inclui o que havia de disponível em nível material e técnico no início da epidemia e o que foi sendo construído de tecnologia material e de cuidado ao longo dos anos. Essas mudanças foram observadas, também, nos profissionais inseridos na equipe multiprofissional, na disponibilidade diagnóstica e na organização das políticas e programas governamentais.

Os enfermeiros expuseram suas percepções e sentimentos ao cuidarem de pessoas vivendo com HIV durante a sua trajetória profissional, assim como ressaltaram os principais fatores capazes de interferir positiva ou negativamente nas práticas cotidianas de cuidado.

5 DISCUSSÃO

A criação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids em 1986 teve importantes implicações para as políticas públicas e para as transformações das práticas de cuidado de saúde dirigidas às pessoas vivendo com HIV. Esse cenário político e social contribuiu para a formação de representações sociais e memórias pelos profissionais de saúde sobre diversos aspectos acerca da aids (OLIVEIRA, 2013).

Para atender aos objetivos desta pesquisa, centrados na exploração das memórias e das representações sociais das práticas de cuidado de saúde e de enfermagem prestados por enfermeiros às pessoas vivendo com HIV, foram adotados os referenciais teóricos da memória social e das representações sociais.

A Teoria das Representações Sociais foi usada como referencial teórico nesta pesquisa pela necessidade de identificar e compreender a construção do conhecimento compartilhado por enfermeiros sobre o fenômeno do cuidado de saúde. Essas representações foram traduzidas em memórias do cuidado de saúde prestado às pessoas vivendo com HIV. Dessa forma, com essa teoria foi possível entender o comportamento profissional, em suas dimensões cognitivas, afetivas e sociais, contribuindo para a interpretação das práticas desenvolvidas, servindo de alicerce para direcionar as relações com o meio, as pessoas e o mundo social (MARTINEZ, et al., 2012).

A constituição de uma representação social de determinado objeto implica um processo no qual, indivíduos ou grupos sociais se sintam incomodados ou atraídos por um objeto social ou de práticas, considerado não familiar pelo grupo, exigindo o estabelecimento de consensos sobre o objeto (MOSCOVICI, 2015). O fenômeno do HIV/Aids tem uma evolução representacional já identificada por alguns autores, sendo importante compreendê-lo, uma vez que o conteúdo subjetivo e as construções do saber coletivo são valorizados, levando em consideração os significados que os atores dão à sua prática (LEAL, COELHO, 2016).

A representação social não retrata fielmente a realidade, mas promove a interpretação dela, deste modo é influenciada pela subjetividade dos membros dos grupos sociais e pelo contexto histórico e social. A aplicação da TRS nos estudos sobre o cuidado de saúde permite ampliar a compreensão sobre as pessoas, seus afetos e seus processos de conhecer e agir frente ao mundo (ARAÚJO, FERREIRA, 2011). O segundo alicerce teórico para a discussão dos resultados desta pesquisa foi o da memória social, uma vez que o fenômeno do HIV/Aids

e a constituição de formas de cuidar do grupo acometido faz parte da memória social do grupo de enfermeiros, em virtude de seu significado enquanto patologia social e biológica e da posição ocupada pelos enfermeiros na linha de cuidado das pessoas vivendo com o vírus e com a doença.

Para Sá (2005; 2012), a memória social abrange diversas instâncias que se articulam e se completam. O autor afirma ser possível observar a existência de diferentes tipos de memórias nas representações sociais, por meio da ancoragem das experiências novas nos conhecimentos preexistentes.

Para possibilitar a delimitação do campo, pode-se assumir a memória social enquanto “memória humana”, não apenas como uma reprodução das experiências passadas, mas também como uma construção presente feita a partir das passadas, em função da realidade atual apoiada por “recursos proporcionados pela sociedade e pela cultura” (SÁ, 2005, p.65). Os profissionais que promoveram o cuidado direto e criaram formas de relações com os acometidos pelo HIV e pela aids, além de construírem práticas de cuidado efetivadas antes do conhecimento científico dessa patologia estar totalmente construído. O resgate da memória social permite, portanto, entender como esse processo de construção do conhecimento profissional ocorreu, bem como suas práticas. As práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros sofreram influências das construções simbólicas constituídas desde o início da epidemia pelo próprio grupo e, também, por outros grupos sociais.

Considerando o conceito de memória delineado por Sá, no qual as representações são constitutivas da memória, o atendimento ao primeiro e ao segundo objetivos deste estudo serão discutidos conjuntamente, considerando a impossibilidade de compreensão das representações sociais separadas das memórias sociais do cuidado de saúde prestado às pessoas vivendo com HIV por enfermeiros, ao longo da sua trajetória profissional. Conforme observado nos resultados, os discursos analisados foram construídos dentro de uma linha do tempo, abarcando comparativamente o desenvolvimento das práticas de cuidado no início da epidemia e até o ano de 2013, na dependência do início da atividade profissional dos enfermeiros participantes com pessoas vivendo com HIV.

As três primeiras categorias, em conjunto, revelam diferentes facetas das dimensões conceitual e prática do cuidado de saúde e de enfermagem às pessoas que vivem com HIV em uma perspectiva da memória construída pelo grupo. A primeira categoria abrange a dimensão conceitual e imagética do cuidado, destacando-se o cuidado integral, incluindo o acesso aos serviços de saúde, medicação, alimentação, trabalho e lazer, desenvolvido em um contexto de humanização do cuidado.

A segunda categoria retrata as modalidades de cuidado de saúde prestados às pessoas que vivem com HIV. Essa é uma categoria que permite melhor compreender a dimensão conceitual do cuidado, uma vez que reafirmam os cuidados necessários ou ideais definidos como de atenção integral à saúde, alimentação saudável, atividade física, acompanhamento pela equipe de saúde, educação em saúde e uso de medicações, tal qual na primeira categoria. No entanto, esse cuidado ideal não é observado na realidade dos serviços de saúde na sua plenitude. O tratamento medicamentoso é apontado como parte dos cuidados ideais, observando-se duas percepções entre os participantes: o tratamento meramente medicamentoso com o uso da TARV, colocando as medicações como alicerce do cuidado; e o tratamento concebido como um conjunto de atividades integradas, como medicação, acompanhamento, alimentação, lazer, ou seja, um cuidado integral. Desta forma, as percepções sobre o tratamento confundem-se com aquelas do cuidado de saúde.

A terceira categoria trata das modalidades de cuidado de enfermagem desenvolvidos pela equipe de enfermagem às pessoas vivendo com HIV. Nesta categoria, os enfermeiros descrevem os cuidados desenvolvidos no início da atuação profissional e aqueles efetivados no início da década de 2010. Neste estudo, possivelmente devido a coleta de dados ter sido realizada com profissionais com experiência de atuação em hospitais e em serviços especializados de cuidados às pessoas vivendo com HIV, notou-se que o cuidado de enfermagem foi representado em uma perspectiva biomédica e medicamentosa, principalmente entre profissionais com longo período de atuação na área e que vivenciaram o início da epidemia. Em contrapartida, enfermeiros com vivência em unidades básicas apresentaram outras representações do cuidado, percebendo-o em sua integralidade.

Observou-se que os cuidados em nível hospitalar pouco diferem quando comparados entre os entre a década de 1980 até os anos de 2010. Os cuidados referidos são considerados como inespecíficos, pois são comuns também aos demais pacientes não infectados pelo vírus, tais como banho no leito, higiene pessoal, administração de medicamentos e apoio emocional, uma vez que esses sujeitos são internados em decorrência de complicações da imunodeficiência e por infecções oportunistas exigindo, portanto, os mesmos cuidados de qualquer outra patologia. Quanto aos cuidados em nível ambulatorial e de atenção básica, percebe-se uma evolução conforme foram sendo criadas novas modalidades de atenção, novas tecnologias e políticas de saúde voltadas para o grupo específico (ZAMBENEDETTI, BOTH, 2013).

Nessa perspectiva, destaca-se o pensamento de Boff (1999, p.34) que ressalta a humanização do cuidado afirmando que “cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto

abrange mais que um momento de atenção, zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Para Rocha et al. (2015) as práticas de cuidado de enfermagem devem promover uma assistência universal, equânime e integral aos indivíduos vivendo com HIV, baseada na humanização do cuidado, de modo holístico e acolhedor.

De acordo com Ayres (2004, p.73) o cuidado em saúde é definido como “um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento”. O autor ressalta que cuidar da saúde de alguém ultrapassa a construção de um objeto e da intervenção sobre ele, indo além dos procedimentos técnicos.

O cuidado de enfermagem refere-se, de acordo com Ferreira (2012, p.47) a “atos/operações que se realizam no campo de ação da disciplina pelas enfermeiras, com fins terapêuticos, de promoção/manutenção da ordem orgânica funcional do corpo, do ambiente, do conforto e bem-estar”. Deste modo, percebe-se que o cuidado é mais abrangente, vai além do combate à doença, pois visa também a promoção a saúde e o bem-estar.

Nogueira e colaboradores (2015) demonstram que o núcleo central da representação do cuidado às pessoas vivendo com HIV está pautado na educação em saúde, ou seja, no relacionamento e comunicação com o outro, por intermédio da preocupação com a autoproteção profissional, atitudes e ações de cuidado. Deste modo, para os enfermeiros não é possível cuidar sem educar: por meio da troca de conhecimentos, pode-se auxiliar a pessoa vivendo com HIV no enfrentamento da doença e das barreiras que ela pode provocar.

Destaca-se a perspectiva subjetiva da atuação do enfermeiro nas questões da infecção pelo HIV, uma vez que o cuidado implica no acolhimento do usuário, na escuta qualificada, na empatia e no vínculo (COLAÇO, et al., 2019). Rocha et al. (2018) dizem que para os profissionais o suporte emocional e o vínculo produzidos no aconselhamento são essenciais para auxiliar os usuários a se perceberem em situações de risco, assim como oportunizar o preparo para o diagnóstico.

O estigma, muitas vezes, encontra-se expresso nas práticas de cuidado de saúde, seja na forma de prestar o cuidado ou de julgar as pessoas vivendo com HIV, enquanto referência ao passado e a formação das primeiras representações sociais. Considera-se que este processo pode desencadear percepções negativas pelos profissionais sobre a doença e, também, sobre os grupos acometidos, trazendo à tona as marcas de uma doença cuja história atribui ao comportamento homossexual a responsabilidade pela infecção. No entanto, a configuração da doença, assim como o conhecimento científico e o tratamento têm mudado essas representações iniciais. Este fato vem sendo acompanhado por mudanças sociais e pela

superação de concepções estigmatizantes, seja pelos doentes, seja pelos profissionais (GAMA, et al., 2016).

Tais percepções podem estar relacionadas com as imagens das pessoas vivendo com HIV construídas pelos profissionais de saúde. Estes recorrem a memória individual, a partir das vivências no início da epidemia e, também, da memória coletiva, a partir das memórias dos grupos e suas representações. Essa imagem é constituída por traços de estigmatização que envolve indivíduos magros, muito doentes, com comorbidades, em fase terminal e, predominantemente, homens homossexuais, numa clara referência ao início da epidemia.

Esses traços imagéticos estão relacionados a construção histórica das representações formadas no início da epidemia, quando a aids era considerada uma doença que atingia um grupo restrito, o denominado “grupo de risco”. Este grupo era composto por homossexuais, hemofílicos, haitianos e heroinômanos, além dos profissionais do sexo. O uso dessa expressão marcou a construção histórica, cultural, imaginária e social da aids, sendo transformada ao longo do tempo para comportamento de risco (GOMES, SILVA, OLIVEIRA, 2011).

Parte dessa construção imagética pode ser atribuída as informações divulgadas pela mídia no início da epidemia. Um discurso sintetizado por parte da imprensa batizou a doença como “câncer gay”, acompanhado de imagens que retratavam as vítimas da doença, com destaque para suas marcas estigmatizantes. Na primeira metade dos anos 1980, quando o vírus HIV se disseminou, o tratamento dado às informações ligadas à doença ressaltava, de maneira marcante, o seu caráter fatal (PORTINARI, WOLFGANG, 2017).

Desde o surgimento da epidemia de HIV/Aids há quase quatro décadas, as imagens utilizadas na representação midiática da doença foram, aos poucos, se modificando. A associação da doença à morte, à morbidez e aos grupos de risco, foi, gradualmente, se dissipando e dando lugar ao discurso do sexo seguro e da sexualidade responsável, através do uso de preservativo (PORTINARI, WOLFGANG, 2017).

Uma outra dimensão assumida pelo cuidado de saúde é aquela relativa à rede de apoio familiar. Os enfermeiros descreveram a importância da família, amigos e companheiros como suportes para o cuidado às pessoas vivendo com HIV, referindo que as orientações destinadas a essa rede visam auxiliar a adesão ao tratamento e a diminuição do preconceito. A rede familiar tem participação decisiva no cuidado de saúde desse grupo, particularmente na adesão à terapia antirretroviral, que exige mudanças na rotina e nos hábitos de todos os envolvidos. As repercussões sobre o grupo geram, tanto na família, quanto na pessoa, reações de adaptação e também de mudança no relacionamento dentro do grupo e com a sociedade. Familiares enfrentam limitações e/ou dificuldades no cuidado e na convivência com pessoas

vivendo com HIV e, portanto, os profissionais de saúde devem cuidar, tanto da pessoa quanto de sua família (SILVA, et al., 2015).

Um estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2020) com pessoas vivendo com HIV e que estavam em seguimento ambulatorial em um hospital universitário, demonstrou que, em relação às fontes de apoio à família nuclear, como pais, filhos, irmãos e cônjuges foram os mais lembrados pelos participantes. Percebe-se que a maioria das pessoas é parte da rede primária de apoio mais próxima dos participantes, com quem eles detêm uma relação de confiança, presumidamente estabelecida há algum tempo.

As redes sociais e grupos de ajuda comunitários podem ser integrados como parte do tratamento a pessoas vivendo com HIV. Um estudo realizado com mulheres que vivem com HIV, Andrade e Iriart (2015) demonstraram que a formação de pequenos grupos de pessoas vivendo com HIV foi umas das principais estratégias de enfrentamento do estigma e da discriminação que envolvem a doença.

Em relação ao autocuidado e à escolha do tratamento, pessoas vivendo com HIV podem buscar fontes alternativas de apoio, baseando-se em crenças e conhecimentos sobre a doença. Comunidades africanas e outras diversas em todo o mundo, costumam procurar apoio em agentes religiosos e tradicionais. É importante que haja colaboração entre estas fontes de apoio tradicional e os profissionais da saúde, para estabelecer estratégias de enfrentamento adequadas (FEISTLER, 2019).

Nessa perspectiva, para Leadebal (2015) o cuidado não deve se restringir à oferta de um conjunto de procedimentos terapêuticos, procedimentos técnicos e ao uso de antirretroviral. É necessário o monitoramento das condições clínica e imunológica das pessoas em tratamento, mas também avaliar as necessidades do usuário como um todo e proporcionar educação em saúde. A produção do cuidado requer a transcendência destes limites e a consideração das múltiplas dimensões afetadas, incluindo aspectos psicológicos, familiares e de crenças.

Nesse contexto, a atenção primária à saúde apresenta protagonismo, tendo em vista o trabalho integrado e em rede com todos os níveis de atenção à saúde. Os seus atributos essenciais, como o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e ações de orientação familiar, orientação comunitária, tornam a APS uma importante ferramenta de cuidado integral à saúde (PINTO, CAPELETTI, 2019).

Mudanças decorrentes da vivência de consequências da infecção do HIV desencadearam novas exigências de cuidados e necessidades, que passaram a ser observadas sob a perspectiva da integralidade. O termo integralidade tem representado um desafio nas

práticas de saúde desde os anos 80, quando foi usado para designar um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), representando uma das principais bandeiras do movimento sanitário (MARTINS, et al., 2019).

A saúde pública passou, desde a constituição de 1988, por transformações, tendo crescente valorização da promoção à saúde, vigilância da saúde e redução de vulnerabilidades. No entanto, as práticas de saúde ainda precisam consolidar uma nova perspectiva de cuidado, pois existem grupos na população brasileira que possuem menor acesso aos serviços de saúde e ao cuidado integral, como portadores de HIV/Aids, usuários de drogas, pessoas em situação de rua e vítimas de violência doméstica (SILVA, et al., 2018).

Através da integralidade, garante-se a universalidade efetiva no acesso à saúde. Ao abordar o conceito de integralidade no que se refere às populações vulneráveis, inicia-se uma grande discussão como resultado de uma experiência social que o sistema público de saúde ainda não se adaptou para lidar com efetividade (MARTINS, et al., 2019).

A prevenção e o controle do HIV/aids, associadas as internações hospitalares e aos óbitos pela doença, aparecem como desafios das políticas públicas. Dessa forma, considera-se que o manejo do HIV/aids requer a produção de cuidado integrado e resolutivo, de modo que haja uma articulação durável das práticas clínicas e preventivas. Ou seja, que persista durante todo o processo de cuidado, visando a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos na assistência e prestados por diferentes profissionais e organizações. Nesse sentido, tal cuidado deve construir-se no dia a dia das equipes e serviços de saúde por meio de interações entre o usuário e os profissionais, bem como entre os próprios profissionais, e entre os diferentes serviços de saúde (MARTINS, et al., 2019).

Diante do exposto, visando a integralidade do cuidado, é relevante que haja a organização das redes de atenção à saúde às pessoas vivendo com HIV, para que se responda às necessidades e demandas de cuidado. Assim, será possível ofertar um cuidado humanizado e resolutivo a partir de ações ordenadamente planejadas e integradas, objetivando assegurar a continuidade e a globalidade do elenco de ações e de serviços requeridos (LEADEBAL, 2015).

As categorias 4 e 5 retratam aspectos contextuais das práticas de cuidado de saúde e de enfermagem, destacando-se os recursos tecnológicos e profissionais exigidos para as práticas de cuidado e as consequentes facilidades e dificuldades daí decorrentes. A categoria quatro retrata a percepção dos enfermeiros sobre os recursos financeiros, tecnológicos e profissionais destinados ao cuidado de saúde às pessoas vivendo com HIV. Observa-se referência a não disponibilização de recursos medicamentosos e técnicos suficientes, especialmente a falta de

medicações para doenças oportunistas e a demora nos resultados de exames. A sobrecarga do sistema de saúde pelo quantitativo de atendimentos, a falta de recursos financeiros ou a sua má administração também foram citados como elementos participantes do cotidiano do cuidado de saúde. A categoria cinco relata as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no desenvolvimento das práticas de cuidado. As dificuldades apontadas pelos profissionais referem-se à marcação de exames, a sobrecarga do sistema para os atendimentos e a carência de medicamentos destinados às doenças oportunistas.

A sobrecarga do sistema de saúde para atender às pessoas vivendo com HIV foi apontada na década de 2010.- Um estudo realizado por Lock e Monroe (2018) que fez uma avaliação comparativa dos serviços ambulatoriais de assistência às pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde, entre os anos de 2007 e 2010, notou que existe heterogeneidade nos serviços da rede assistencial quanto ao porte (o número de pacientes) e arranjo institucional (serviços exclusivos de DST/aids, ambulatórios de especialidades e de hospitais e unidades de atenção básica). O Governo Federal é responsável pelo estabelecimento dos protocolos clínicos e pela provisão de medicamentos antirretrovirais e exames específicos (carga viral, CD4 e genotipagem). O aporte e manutenção dos demais recursos, bem como os demais processos de organização da assistência, dependem dos níveis estaduais, municipais e locais de gestão do SUS o que pode ocasionar desigualdades na qualidade do cuidado dependendo da gestão.

Ainda de acordo com Lock e Monroe (2018), demonstrou-se que nesse período foram observados problemas dentro do fluxograma geral da assistência dos serviços brasileiros, no que diz respeito à organização de ações que promovem a retenção dos pacientes no serviço e a adesão ao tratamento. Considerando que a trajetória dos pacientes, geralmente de anos, difere com períodos de maior e menor adesão ao tratamento ao longo do seguimento, e que as ações para a promoção e o monitoramento da retenção e da adesão devem ocorrer de forma simultânea no serviço, para garantir a permanência dos pacientes em seguimento é necessário que os serviços realizem ações de promoção e monitoramento voltadas a todos os pacientes e ofereçam suporte ao tratamento de acordo com as necessidades de cada um (LOCK, MONROE, 2018).

Considerando o repasse de recursos financeiros destinadas ao cuidado das pessoas vivendo com HIV como a base de suporte para as práticas de cuidado, foi criada a Portaria 3.276 de 26 de dezembro de 2013, que regulamenta o repasse financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais, previsto no art. 18, inciso II, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição de critérios

gerais, regras de financiamento e monitoramento. De acordo com esse documento, fica a cargo dos estados a distribuição do valor dos recursos financeiros para municípios; o ministério da saúde é responsável pelo repasse direto do fundo nacional de saúde para os fundos estaduais e municipais e a definição dos valores do incentivo financeiro a serem distribuídos às secretarias estaduais e municipais de saúde devem levar em conta critérios como número de casos de aids, hepatite B e C e número de casos de nascidos com sífilis congênita.

Deste modo, nota-se que existe regulamentação para o repasse de verbas, a fim de suprir as necessidades identificadas pelos enfermeiros, especificamente para o grupo de pessoas vivendo com HIV e outras doenças infectocontagiosas. Cabe questionar como ocorre a gestão e a distribuição dos recursos por parte das repartições públicas, em nível local.

Algumas estratégias a fim de diminuir a sobrecarga de trabalho e facilitar a gestão de recursos se referem ao compartilhamento de responsabilidades dos serviços especializados de atenção a pessoas vivendo com HIV para a atenção básica. Dentre essas ações está a proposta de descentralização do acesso ao diagnóstico, através da oferta do teste rápido para HIV e sífilis e aconselhamento nas unidades básicas de saúde. Em nível nacional, essas ações passaram a ser preconizadas através da Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a realização de testes rápidos na atenção básica para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2012).

Quanto a disponibilidade de antirretrovirais e a sua utilização, as atitudes expressas pelos participantes são francamente positivas, destacando as vantagens do seu uso e a sua disponibilidade permanente nas unidades de saúde. Em 1996, o Brasil aprovou a Lei 9.313/1996 que determina o acesso universal e gratuito aos antirretrovirais. Em 2017, a revista científica *The Lancet* publicou um artigo que analisou a expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV que iniciaram a TARV entre 2008 e 2010, que atingiram CD4 acima de 350 células/mm³ até o final do primeiro ano de terapia. Os resultados demonstraram aumento da expectativa de vida e sua melhoria. Portanto, o surgimento da TARV e o acesso ao tratamento gratuito repercutiram na sobrevivência das pessoas vivendo com HIV (BELTRÃO, et al., 2020).

A cronicidade da aids foi um marco para a melhoria das condições de vida das pessoas vivendo com HIV, assegurando maior longevidade. De modo que, de acordo com pesquisa realizada por Caliari e colaboradores (2018), das 36,7 milhões de pessoas que viviam em 2015 com HIV, 5,8 milhões tinham idade igual ou superior a 50 anos, demonstrando que a

relação dos melhores escores de qualidade de vida podem estar ligados à atenção e ao respeito com que a equipe de saúde atende os pacientes, favorecendo a confiança, o vínculo com o serviço, além da adesão à terapia medicamentosa.

O tratamento antirretroviral e as possibilidades efetivas de controle do HIV trouxeram desafios aos usuários, modificando o perfil da epidemia, no sentido de sua cronificação. Isso propiciou benefícios consideráveis ao usuário, como aumento da sobrevida, diminuição das internações hospitalares e da ocorrência de complicações oportunistas e da mortalidade associada à doença. No entanto, diante da perspectiva de uma vida longa com qualidade, surgiu a necessidade de desenvolver práticas de cuidado que promovessem o fortalecimento das novas questões de natureza psicossocial vivenciadas por pessoas soropositivas, tais como o suporte social; adesão ao tratamento; questões socioculturais, como a sexualidade; e fatores relacionados ao diagnóstico e desfechos clínico-laboratoriais (LENZI, et al., 2018).

No país ainda existem evidências limitadas dos fatores determinantes da qualidade de vida no grupo de pessoas vivendo com HIV. Sabe-se, porém, que os fatores sexo, idade, situação familiar, escolaridade, emprego, renda, presença de sintomas de depressão e ansiedade, apoio social, atenção à saúde, uso de drogas lícitas e ilícitas, adesão à terapia antirretroviral, estilo de vida e comportamento sexual foram diretamente associados à qualidade de vida dessas pessoas (PIMENTEL, et al., 2020). Deste modo, o uso da terapia antirretroviral é considerado como um dos fatores importantes para a melhoria na qualidade de vida desse grupo.

Quanto as facilidades e dificuldades para a adesão ao tratamento medicamentoso, uma pesquisa realizada por Silva e colaboradores (2015) aponta os efeitos colaterais da medicação como maior dificultador para a adesão ao tratamento, assim como a quantidade de medicamento, rigidez nos horários, mudança na rotina e prejuízo de atividades laborais/ocupacionais e o medo do preconceito. Quanto aos aspectos facilitadores, foi citado o apoio fornecido pela rede social.

Os profissionais de saúde devem estar atentos aos fatores que dificultam e que facilitam a adesão das pessoas vivendo com HIV ao tratamento. Relaciona-se a boa adesão dos usuários ao tratamento com acolhimento e parceria dos profissionais de saúde, disponibilidade de estrutura física e de materiais e grupos de ajuda. Por esse motivo, a discussão de estratégias que facilitem o diálogo com os pacientes e entre a própria equipe tem sido frequente no âmbito acadêmico e na realidade dos serviços. Isso se dá pelo reconhecimento na construção de vínculo, entendida como uma relação de confiança, aspecto fundamental nas intervenções de adesão ao tratamento do HIV/Aids (KNOLL, 2019).

Se, por um lado, o desenvolvimento e aperfeiçoamento da terapia antirretroviral trouxe possibilidades para o controle do HIV, aumento de sobrevivência e diminuição de complicações e mortalidade, por outro lado também trouxe novos desafios quanto à adesão ao tratamento, sexualidade, questões socioculturais e suporte social, implicando em práticas de cuidado específicas. Outro desafio para a adesão ao cuidado está relacionado à insuficiência de profissionais em todas as áreas e o conseqüente comprometimento da qualidade do cuidado que o serviço pode prestar, sendo este, um fator dificultador para o cuidado de saúde (KNOLL, 2019).

A prática de autoproteção profissional foi tema relevante nesta análise e compõe importante eixo participante das percepções do cuidado de saúde. Os enfermeiros referem a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) para prestarem cuidados às pessoas vivendo com HIV como precaução padrão, assim como utilizam com os demais usuários dos serviços de saúde, não havendo distinção entre eles. No entanto, mesmo diante da assertiva de ausência de diferenciação no uso de EPI, referem medo de contaminação e, por isso, adotam cuidado redobrado nas práticas de cuidado às pessoas vivendo com HIV, demonstrando contradição implícita à representação do cuidado de saúde e ao autocuidado.

Em uma pesquisa realizada por Formozo e Oliveira (2009) demonstrou-se que os profissionais de enfermagem representavam a precaução padrão como aquela que deve ser utilizada no cuidado de qualquer paciente, porém, sinalizam uma preocupação maior quando se trata de pessoas vivendo com HIV. Essa contradição pode estar relacionada à representação social da aids, visto o histórico da sua constituição fortemente permeada por elementos negativos, como a morte e a ausência de cura, as quais guiaram as ações de cuidado devido ao medo do contágio sentido pelos profissionais.

Desta forma, o cuidar desse grupo na década de 2010 foi referido como igual ao cuidar de qualquer outro cliente, no entanto, diferenciado pela necessidade de proteger-se do contágio, expressando as memórias da aids no início da epidemia caracteriza pelo uso redobrado de equipamentos de proteção. Essas memórias da epidemia influenciaram as representações dos profissionais ao cuidarem de pessoas vivendo com HIV. Mesmo antes do esclarecimento científico sobre a aids, a sociedade iniciou um processo de teorização sobre a doença com as informações que capturavam, sobretudo, entre as informações veiculadas na mídia, baseadas principalmente nas características dos grupos de pessoas doentes e portadores do vírus, gerando medo e receio do cuidado (GÓIS, et al., 2017).

O surgimento da aids despertou medo, receio e preconceito na população, mas também entre os profissionais da saúde. A estigmatização dos homossexuais, usuários de drogas e

prostitutas influenciaram as condutas dos profissionais. No início, os cuidados a esse grupo, denominado de risco, eram redobrados, caracterizados pelo uso de duas luvas, aventais que cobriam os profissionais da cabeça aos pés para realização de procedimentos simples, como realizar higiene corporal (SOUZA, GOMES, PONTELLI, 2019). Isso refletia a falta de conhecimento acumulado quanto aos mecanismos de transmissão do vírus e quanto aos grupos acometidos.

Uma pesquisa realizada por Pontes e colaboradores (2018) aponta que a equipe de enfermagem se caracteriza como a categoria profissional que mais sofre acidentes nas instituições de saúde. Para as enfermeiras os EPIs são necessários e têm sua importância reconhecida durante o cuidado de enfermagem, destacando-se a luva de procedimento, o uso de máscara e de óculos de proteção, na dependência da situação de exposição. No estudo observou-se que a luva foi citada como o principal EPI, e por vezes, o único, sendo o mais utilizado pelas profissionais para a redução da exposição ocupacional no contato com sangue e fluidos corpóreos.

Quanto a composição da equipe de saúde na qual o enfermeiro está inserido, esta varia de acordo com o local de atuação do profissional e a realidade vivenciada em cada unidade de saúde. Os profissionais mais citados, de maneira geral, foram: enfermeiro, médico da saúde da família, médico infectologista, técnico de enfermagem, psicólogos e profissionais do serviço social. Apesar de a pesquisa ter sido realizada em serviços especializados, os participantes elencaram profissionais das unidades básicas de saúde devido as suas experiências profissionais e ao processo de descentralização proposto a partir dos anos de 2010. A equipe proposta pelo MS para a composição das equipes dos CTA varia de acordo com o tipo de CTA.

Os CTA tipo I têm um papel estratégico na ampliação do diagnóstico, realizando atividades de prevenção, como diagnóstico do HIV, HBV, HCV e sífilis, além de disponibilizarem insumos de prevenção e a equipe é constituída por profissional de nível superior capacitado a realizar teste rápido e fornecer orientações pré e pós-testes, sendo autorizado pelo seu conselho de classe a laudar o exame e trabalhador da saúde de nível médio ou superior capacitado a realizar teste rápido e fornecer orientações pré e pós-testes. Já a equipe do CTA tipo 2, grupo em que predominam as atividades preventivas possuem na sua equipe profissional médico; profissionais de nível superior para atenção psicossocial; profissional de nível superior capacitado a realizar teste rápido e fornecer orientações pré e pós-testes, sendo autorizado pelo seu conselho de classe a laudar o exame; e trabalhador da

saúde de nível médio ou superior capacitado a realizar teste rápido, fornecer orientações pré e pós-testes e realizar ações de campo, conforme normativas do MS (BRASIL, 2017).

No final da década de 80 e início da década de 90, foram criados os primeiros CTAs, pelo ministério da saúde, que se trata de unidades de saúde com o objetivo de prevenção primária para a população geral contra o HIV e as IST's, além de fazer o encaminhamento de pessoas infectadas para os SAEs, tendo como características principais a confidencialidade e o aconselhamento. Os CTAs visam auxiliar as pessoas vivendo com o HIV a aderirem ao tratamento antirretroviral, bem como suprir a demanda de testes sorológicos e estimular os diagnósticos de parceiros sexuais (VIEIRA, et al, 2020).

Ao longo dos mais de 30 anos do surgimento da epidemia, a infecção pelo HIV foi desenvolvendo características de uma condição crônica e, em paralelo, o avanço do cuidado e a simplificação do tratamento incidiram na mudança do modelo de prevenção, a fim de responder a uma concepção de cuidado não mais centrada apenas nas ações de atenção e tratamento, mas, sobretudo, que incorporasse a promoção da qualidade de vida e a intervenção em fatores de vulnerabilidade. Observou-se que o modelo centrado unicamente em serviços especializados apresentava deficiências e viu-se a necessidade de ampliar o acesso às ofertas no campo da prevenção, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente (BRASIL 2017).

Outro eixo desta categoria corresponde as dificuldades expressas em sentimentos dos enfermeiros ao realizarem as práticas de cuidado às pessoas vivendo com HIV. Quanto as sensações enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado, as descrições diferem de acordo com o tempo de atuação na área, pois aqueles profissionais que atuaram no início da epidemia, com menos recursos e menos informações, sentiram-se mais frustrados em comparação com aqueles que iniciaram as atividades mais tardiamente. Esse aspecto foi associado com a falta de capacitação e de preparo da equipe para lidar com uma doença nova. As respostas apresentadas são diversificadas de acordo com as lembranças e tempo de atuação de cada um. Os profissionais que atuaram na década de 1980 relatam que era muito difícil exercer os cuidados, já que a taxa de mortalidade era muito alta e não havia opções de enfrentamento. Desta forma, exercia-se basicamente os cuidados de higiene e isso gerava frustração e medo nos profissionais. Por outro lado, enfermeiros que iniciaram as práticas profissionais a partir do anos 1990, relatam sentir prazer e reconhecimento no desenvolvimento do processo de cuidado.

O sofrimento expresso pelos profissionais relaciona-se ao contexto do desconhecimento e da insegurança do início da epidemia da aids, tendo sido denominada de

“epidemia do medo”, acarretando atitudes de afastamento dos profissionais aos indivíduos identificados como parte dos chamados “grupos de risco”. Esse afastamento se deve, por um lado, ao medo de contaminação, mesmo com a utilização de estratégias de autocuidado; por outro lado, o enfermeiro, como integrante de uma sociedade, reproduz os conceitos compartilhados pela mesma (LEMOS, 2016).

OS dados deste estudo corroboram essas assertivas, onde se observa que metade dos profissionais relataram já ter pensado estar contaminado com o HIV e a quase totalidade já realizaram o teste de detecção do HIV. Cabe destacar que estes dados não especificam o suposto modo de contágio, mas revelam um histórico de medo associado às práticas de cuidado às pessoas vivendo com HIV.

Os sentimentos negativos expressos pelos enfermeiros também se associam as dificuldades de lidar com a morte dos pacientes e, principalmente com a sensação de impotência diante do curso trágico provocado pela aids no início da epidemia. Em contrapartida, com o passar dos anos, essa sensação foi dando espaço para a satisfação profissional, conforme os índices de mortalidade foram diminuindo e a aids foi se tornando uma doença crônica.

A categoria seis retrata, de forma mais sintética e comparativa, as diferenças da atuação dos profissionais no início da epidemia e nos anos 2013, com destaque para a organização dos serviços e das práticas tecnológicas de trabalho. O surgimento da aids exerceu influência na construção de representações sociais do HIV e dos seus acometidos. Com surgimento da doença na década de 1980, momento em que não havia muitos recursos e investimentos em ciência e pesquisa, a epidemia tornou-se um importante marco histórico (ANTUNES, et al., 2020). Tal fato provocou mudanças no pensar em relação aos tipos de cuidados e assistência prestados a pessoas vivendo com HIV.

Uma pesquisa publicada por Neves e colaboradores (2009) investigou as estratégias dos enfermeiros para configurar o cuidado às pessoas vivendo com HIV, no período entre 1983-1987. Cabe destacar que este hospital recebeu os primeiros casos de pacientes com aids no estado do Rio de Janeiro e possui grande relevância histórica. Este estudo demonstra que na década de 1980, a aids ultrapassou a capacidade da ciência na tentativa de contê-la e tornou-se realmente um problema de âmbito geral, indicando a necessidade de novas estratégias para o cuidado de enfermagem dispensado às pessoas vivendo com HIV. Percebe-se que o pouco conhecimento, o medo e a discriminação vivenciados pelos enfermeiros envolvidos nos cuidados nos primeiros anos da epidemia, levou esses agentes à necessidade da (re) atualização do seu *habitus* e reformulação dos cuidados. (NEVES, et al., 2009).

Tais aspectos encontrados na pesquisa supracitada também são identificados no presente estudo no qual os enfermeiros relatam que a inserção de uma doença viral pouco conhecida exigiu mudanças nas práticas diárias, cuidados específicos e rompimento de paradigmas. Se em um primeiro momento, no início da epidemia, os pacientes eram discriminados e isolados devido ao medo e ao preconceito, essa realidade sofreu mudanças ao longo dos anos com o avanço da ciência e das políticas de saúde.

Na terceira década da epidemia, a aids passou a se caracterizar como uma doença crônica, o que impôs a obrigação de reformular a estrutura do cuidado em saúde. Nesse aspecto, resgatar a integralidade do indivíduo, percebendo-o como sujeito ativo e participante das ações de saúde, se faz necessário durante a interação com o profissional que o atende por facultar o reconhecimento da dimensão intersubjetiva (SUTO, 2017).

A assistência de enfermagem voltada às pessoas vivendo com HIV deve identificar pontos sensíveis proporcionando, também, apoio emocional e espiritual. De acordo com a experiência e formação profissional, a equipe pode identificar e avaliar as necessidades do indivíduo, intervindo nos aspectos biopsicossocial e espiritual, com o intuito de atingir equilíbrio e bem-estar dentro dos limites impostos pela doença (ISOLDI, CARVALHO, SIMPSON, 2017). Nesta perspectiva percebe-se que a equipe multiprofissional, juntamente com o enfermeiro, deve avaliar as pessoas vivendo com HIV sob várias óticas e não somente aquela da infecção viral e da doença.

Esse novo panorama de cuidado difere daquele do início da epidemia, quando o cuidado era centrado na doença e não no indivíduo em todas as suas necessidades, expressando um modelo clínico-biomédico e hospitalocêntrico.

Percebe-se que a aids tem sido pensada sob diferentes perspectivas que apontam para a consideração dos aspectos social e psicossocial. Estudos orientados pela saúde coletiva, trazem novos elementos para se pensar a enfermidade para além da questão puramente biológica, problematizando o enquadramento da doença em contextos históricos específicos, com destaque para aspectos sociais e culturais (PAULA, PAULA, 2020). Nas últimas décadas, a enfermagem tem superado limitações do modelo tradicional voltado para o modelo hospitalocêntrico e medicalizado, revalorizando aspectos não mensuráveis, não controláveis do cuidado, como por exemplo, a experiência subjetiva, o significado pessoal desta experiência (ISOLDI, CARVALHO, SIMPSON, 2017).

A prática assistencial de natureza multiprofissional e multidisciplinar favorece a interação e compartilhamento de ações entre os profissionais, para que o cuidado ao sujeito e à família ocorra de forma integral. É relevante incentivar a articulação de ações na equipe,

permitindo a integração dos saberes profissionais diante das necessidades individuais e coletivas (ANGELIM, BRANDÃO, OLIVEIRA, 2019).

Algumas mudanças relativas ao sistema de saúde podem estar relacionadas a modificação estrutural do cuidado às pessoas vivendo com HIV, a partir dos anos 2010, quando o modelo centrado em serviços especializados e na figura do infectologista passou a ser descentralizado e de responsabilidade, em grande parte, da APS. O manejo do HIV na atenção básica no Brasil teve três ações que se destacaram mundialmente: a oferta universal e gratuita de terapia antirretroviral (TARV) a todos os usuários do SUS que preencham os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996); o licenciamento compulsório, em 2007, das patentes de medicamentos antirretrovirais, fazendo com que o Brasil liderasse o mundo na construção de nova abordagem na relação entre interesses comerciais e políticas públicas de saúde; e as ações de prevenção desenvolvidas ao longo das últimas décadas, com destaque para a massificação da testagem na rede básica do SUS e para a intensa articulação institucional entre Estado e sociedade civil, em ações de promoção de direitos humanos e, mais recentemente, testagem de populações-chave (BRASIL, 2020).

A política de descentralização do cuidado não foi abordada explicitamente pelos participantes, uma vez que no período da coleta de dados o modelo vigente era aquele da organização do cuidado a partir dos SAEs e CTAs. No entanto, em 2013 algumas ações de descentralização já estavam tendo início em algumas regiões do país, o que pode ter impactado, de alguma forma, o posicionamento dos enfermeiros.

Ao longo da história, o modelo de cuidado a pessoas vivendo com HIV adotado foi, inicialmente, de acompanhamento na atenção especializada, em geral, centrados nos médicos infectologistas. Os serviços de atenção especializada (SAE), de caráter ambulatorial, estavam inseridos em policlínicas e hospitais. Os diagnósticos eram realizados nessas mesmas unidades e, posteriormente, se concentraram nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). A participação das Unidades Básicas de Saúde da Família nesse processo só começou a ser implementada em alguns estados brasileiros depois dos anos 2010, por meio de sua responsabilização pelas ações de prevenção e aconselhamento e, recentemente, de testagem (MELO, et al., 2018).

Os SAEs e CTAs tiveram importância no trabalho das equipes de saúde na assistência ambulatorial, como forma de responder à complexidade da aids. Foram estabelecidos padrões mínimos de funcionamento quanto à estrutura do cuidado, incluindo, entre outros requisitos, a existência de uma equipe mínima, visando a oferta de assistência humanizada e de qualidade,

baseada na integralidade da atenção a pessoa vivendo com HIV. A organização do trabalho nessas equipes ocorreu a partir da necessidade de incluir tecnologias em saúde que levassem em consideração a integralidade, a complexidade dos objetos de intervenção e a intersubjetividade (SANTOS, SAMPAIO, GURGEL, 2011).

O centro de testagem e aconselhamento (CTA) e o serviço de atenção especializada em HIV/aids (CTA) foram estabelecidos como os pontos de referência da rede de atenção em saúde às pessoas vivendo com HIV e devem atuar dando suporte aos demais serviços como orientadores e supervisores das ações em saúde do município, coordenando um cuidado compartilhado e minimizando a vulnerabilidade da população (BRASIL, 2017). Atualmente o que se observa é a transferência do cuidado centrado nos centros especializados para a Atenção Primária à Saúde (APS) que vem ocorrendo de modo gradativo e em algumas regiões brasileiras (VERAS, et al., 2020).

Novas diretrizes têm colocado a APS em posição de protagonismo no tema do HIV/Aids, com papel de descentralizar, manter e ampliar ações de promoção, prevenção e diagnóstico e de incorporar o acompanhamento das pessoas vivendo com HIV. Foram introduzidos pelo Ministério da Saúde, entre os anos de 2011 e 2012, novas tecnologias diagnósticas na APS, com destaque para os testes rápidos, ampliando o acesso à testagem e ao aumento do diagnóstico de HIV em todas as regiões do país (SOUSA, et al., 2020).

Quanto ao modelo de cuidado adotado na rede básica, em 2017 o MS estabeleceu um plano de gestão que inclui a estratificação de risco para pessoas vivendo com HIV, com o intuito de organizar o atendimento, tanto na atenção básica quanto em centros especializados como SAE. O objetivo dessa estratégia foi facilitar o acesso e direcionar o atendimento desses usuários de acordo com a complexidade dos casos. Apesar da existência dos CTAs, as unidades básicas de saúde devem ser as organizadoras do processo de atendimento e cuidado (BRASIL, 2017).

O acompanhamento das pessoas vivendo com HIV, a partir da estratificação de risco, foi a última etapa do processo de descentralização do cuidado e a sua implantação está em curso de forma incipiente em alguns municípios e estados. Destaca-se que esta descentralização não ocorreu de forma homogênea no território nacional, deste modo, em muitas localidades o modelo centrado na atenção especializada ainda vigora (MELO, et al., 2018).

Em anos mais recentes, o cenário das respostas à epidemia de HIV/Aids vem sendo significativamente alterado no Brasil, numa tentativa de adequação a metas globais de controle. Em relação à prevenção, destacam-se a incorporação dos testes rápidos no SUS e

sua paulatina descentralização para a atenção primária, a partir da estratégia de saúde da família, e para unidades móveis, em parceria com a sociedade civil. As ações mais recentes incluídas nas políticas de atenção a esse grupo, são a ampliação e unificação das ações para a profilaxia pós-exposição (PEP); e a incorporação da profilaxia pré-exposição (PrEP) para determinados grupos, no âmbito do SUS (MELO, et al., 2018).

Contextualizando nos dias atuais, o tratamento antirretroviral e as possibilidades efetivas de controle do HIV trouxeram desafios aos usuários e aos profissionais, modificando o perfil da epidemia no sentido de sua cronificação. Isso tem propiciado benefícios consideráveis ao usuário, como aumento da sobrevida, diminuição das internações hospitalares e da ocorrência de complicações oportunistas e da mortalidade associada à doença. No entanto, diante da perspectiva de uma vida longa com qualidade, surge a necessidade de desenvolver intervenções que promovam o fortalecimento das novas questões de natureza psicossocial vivenciadas por pessoas soropositivas, tais como o suporte social, a adesão ao tratamento, questões socioculturais, como a sexualidade, e fatores relacionados ao diagnóstico e desfechos clínico-laboratoriais (LENZI, et al., 2018). Destaca-se o papel do enfermeiro como membro da equipe multiprofissional nas UBS e na Estratégia de Saúde da Família, atuando como protagonista das ações de planejamento, organização e operacionalização dos serviços e das ações de cuidado de saúde às pessoas vivendo com HIV.

Para atender ao terceiro objetivo relativo à discussão das representações e das memórias do cuidado de saúde a esse grupo como subsídios para as práticas de cuidado no presente, adota-se as afirmações de Rouquette (2003), que considera que as representações sociais oferecem sinais para banalizar a ação. A análise das relações estabelecidas entre práticas de cuidado de saúde e as representações sociais ao longo das décadas de 80, 90 e 2000, percebe-se que no início da epidemia (anos 80 e 90) as práticas foram influenciadas pelas representações elaboradas, a fim de justificar e compreender uma doença até então desconhecida. O fato de ter sido apontado um grupo de risco que compreendia, principalmente, homossexuais e profissionais do sexo, possibilitou a atribuição de perfis, imagens e rótulos resultando que o HIV fosse visto como um problema delimitado a alguns grupos e não um problema de saúde pública, influenciando o cuidado desenvolvido.

Dessa forma, no início da epidemia a complexidade da aids foi banalizada e, em um segundo momento, o medo do desconhecido e o preconceito foram fatores determinantes das práticas de cuidado dos profissionais da linha de frente da atenção às pessoas vivendo com HIV. Tal fato pode ser notado pela descrição das práticas de autoproteção dos profissionais que inclui excesso de vestimentas e foram referidas como “andávamos como astronautas,

vestidos da cabeça aos pés” no início da epidemia, que evidencia a falta de conhecimentos sobre o vírus e a doença. Deste modo, percebe-se a influência da construção de representações sociais pelo grupo de enfermeiros sobre o cuidado de saúde e de enfermagem.

Nesse aspecto, Rouquette (2003, p. 87) considera que:

A influência recíproca das representações e práticas deve ser decomposta em duas vertentes distintas. De um lado as representações condicionam as práticas lhes impondo condições restritivas que formam, de algum modo, o lado negativo das possibilidades que lhes são abertas (...). De outro lado as práticas determinam os conteúdos, e de um certo modo, as modalidades do conhecimento.

Tal relação é analisada no estudo desenvolvido por Oliveira (2013) que analisou as mudanças das representações e das práticas dirigidas ao HIV/aids desde os anos 80 até o início da década de 2010. Afirma a autora que as práticas de cuidado de saúde foram se moldando às transformações históricas, ao desenvolvimento do conhecimento científico e aos fatos novos, objetivados em novos modos de fazer e de cuidar dos doentes e dos expostos. O estudo demonstrou a existência de um processo de mudança nas representações sociais da aids como, por exemplo, a introdução da possibilidade de convivência com a doença e a diminuição da importância da morte.

Para Rouquette (2003, p. 81):

As representações sociais, sem dúvida alguma, oferecem sinais para balizar a ação. Essa fórmula deve ser compreendida em dois sentidos distintos: ela visa em primeiro lugar, às RS do mundo, nele estando incluído o mundo social, às que o ator é portador e que, efetivamente, orientam suas escolhas, fazendo-o juiz e árbitro das possibilidades e organizando o desenvolvimento de suas práticas; todavia, essa fórmula designa também as representações cujos parceiros, testemunhas ou “objetos” da ação são eles mesmos portadores e que o ator deve levar em conta na planificação racional de sua ação.

A dimensão histórico-temporal dessa relação pode ser observada ao analisar que, com o passar dos anos e os avanços da ciência, da tecnologia, das políticas públicas e da capacitação profissional, a aids foi sendo desmistificada provocando transformações nas representações e imagens criadas sobre as pessoas vivendo com HIV, impactando sobre as práticas de cuidado.

O surgimento e a dinâmica de evolução da aids repercutiram sobre as instituições e os profissionais de saúde, fazendo-se presente no cotidiano dos serviços de saúde no Brasil, com importantes implicações para as políticas públicas e para a constituição de práticas profissionais de cuidado. Um estudo realizado por Oliveira (2013) demonstra mudança representacional no grupo de profissionais de saúde, caracterizada pela transição de significados negativos para positivos associados à aids, com a introdução da possibilidade de

convivência com a doença e de diminuição da importância da morte, associada à existência de um sistema normativo específico.

O estudo realizado por Oliveira (2013) demonstrou que implantação de políticas públicas e a reorientação dos serviços de saúde para o atendimento às pessoas vivendo com HIV determinaram novas práticas profissionais, caracterizadas pelo uso seletivo de técnicas de autoproteção profissional e pela maior aproximação do relacionamento interpessoal na realização das práticas de cuidado. Isso ficou demonstrado pelo núcleo central das representações que evidenciou uma transição de significados negativos para positivos associados à aids, com a introdução da possibilidade de convivência com a doença e de diminuição da importância da morte.

Rouquette (2003, p. 85) ainda afirma que:

De um lado as representações sociais invocam e guiam a ação, mas a ação confirmatória. De outro lado, somente a ação que invalida as representações sociais e que, eventualmente, as transforma.

Considerando que desde o início da epidemia (1980) até meados de 2010 se passaram 30 anos, o que aponta que parte dos enfermeiros estudados não vivenciaram o início da epidemia como profissionais, eles apresentam memórias das práticas de cuidado de saúde transmitidas intragrupo profissional, mas também memórias sociais como sujeitos comuns. Essas memórias, constituídas como representações do passado, participaram da determinação das práticas de cuidado no início dos anos 2010, caracterizando-se hoje como memórias da última década que provavelmente estão impactando a definição das práticas atuais de cuidado de saúde desenvolvidas pelo grupo de enfermeiros na atenção às pessoas vivendo com HIV.

Mudanças no comportamento humano e na oferta de serviços de saúde no Brasil modificaram a sobrevivência de pessoas vivendo com o HIV e, conseqüentemente, os padrões de disseminação do vírus e o perfil epidemiológico da aids no país. Neste contexto, a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV também mudou ao longo dos anos, em decorrência da TARV, contribuindo para a redução do estigma, favorecendo a sobrevivência dos pacientes e mudando a imagem atribuída a esses sujeitos (NOGUEIRA, et al., 2020).

CONCLUSÃO

O uso da memória social e das representações sociais como alicerces teóricos para a análise do objeto de estudo permitiu desvelar as práticas de cuidados de saúde e de enfermagem em um período amplo, desde 1980 até 2013, demonstrando a potencialidade das proposições da memória social e das representações para o campo da saúde.

Observou-se que o HIV e a aids apresentaram mudanças representacionais ao longo do tempo, impactando na construção psicossocial do cuidado de saúde e de enfermagem, que se apresenta como construção histórica, permitindo a análise das práticas de cuidados prestados pelos enfermeiros e pela equipe de saúde. A análise da influência das representações sociais nas práticas de cuidado se caracteriza como parcial, ou seja, uma condição para a existência de práticas, pois considera-se que o que se faz depende do que se pensa, mas apenas parcialmente, conforme proposição presente na psicossociologia.

As imagens construídas relativas ao HIV e à aids, bem como afeitas aos acometidos pela doença, também foram transformadas. As pessoas vivendo com HIV nos primeiros anos da epidemia eram descritas como magras, pálidas e fadadas à morte, em uma expressão de estigmatização desse grupo. No entanto, a partir da década de 2010, observa-se uma mudança progressiva dessa imagem rumo a sua normalização, com atributos físicos afeitos a qualquer sujeito, num processo de desconstrução da estigmatização, típica dos anos iniciais da epidemia.

A gradativa movimentação dos grupos sociais, ONGs e profissionais em prol de mudanças do olhar sobre a epidemia, o combate ao preconceito e a constituição de políticas de saúde, apresentaram impactos na organização do sistema de saúde e na percepção dos profissionais e da sociedade sobre o HIV/aids, caracterizando uma mudança de contexto no qual as representações e as práticas se transformam.

No início da epidemia os profissionais expressavam incertezas, medo da contaminação, preconceito e falta de conhecimento teórico que alicerçasse o cuidado de saúde e de enfermagem, conforme apontado neste estudo. No entanto, com a ampliação das possibilidades de enfrentamento da doença, a inserção da terapia antirretroviral, a diminuição da taxa de mortalidade e a cronicidade da doença, estes sentimentos foram dando espaço ao conhecimento e aperfeiçoamento profissional e a constituição de práticas de cuidado de saúde e de enfermagem apoiadas na integralidade.

Observa-se, nas últimas décadas, um processo de mudança nos modos de pensar e agir dos profissionais enfermeiros, especialmente quando se compara o início da epidemia aos anos subsequentes. Tal fato pode estar relacionado ao avanço da ciência, a evolução do tratamento medicamentoso, às políticas de saúde, mas também às representações sociais sobre a doença e o vírus, observada em vários estudos.

A evolução da ciência, a divulgação de informação e os processos de capacitação profissional contribuíram para diminuir o medo dos profissionais ao atuarem com pessoas vivendo com HIV. A modificação desse sentimento e dos comportamentos que o acompanham, fica evidente quando os entrevistados relatam que se no início da epidemia eles atendiam os usuários como se fossem “astronautas”, fazendo comparação da quantidade de equipamentos considerados necessários para evitar a contaminação. Posteriormente, os cuidados às pessoas vivendo ou não com o vírus passaram a ser percebidas como iguais em relação ao tipo de precaução e equipamentos de proteção individual necessários.

Quanto às práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros, as mudanças foram sendo observadas na medida do contexto externo no qual as práticas se desenvolvem, especialmente o conhecimento científico disponível e as políticas de saúde implantadas. Mantiveram-se os cuidados voltados as necessidades humanas básicas, que consistem em assegurar a higiene, administrar medicamentos e combater infecções oportunistas, mas outros foram agregados. Duas décadas depois do surgimento da aids, esses cuidados passaram a ser percebidos sob uma perspectiva integral, de acolhimento, de coparticipação do usuário, de trabalho em equipe, de promoção da adesão ao tratamento e de participação da família nesse processo, num processo de investimentos na vida e não na morte.

Considerando que o passado pode impactar o presente, no momento atual está sendo implantada uma nova mudança de contexto, expressa pela descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV. Ou seja, os cuidados deixam de ser centrados em unidades especializadas e passam a ser desenvolvidos em unidades básicas de saúde e nas equipes da Estratégia de Saúde da Família. Considera-se que essa reorientação da política de cuidado poderá impactar de maneira importante, tanto as ações de cuidado, quanto as relações de vínculo entre enfermeiros e as pessoas vivendo com HIV. Afirma-se sua pertinência à medida que propõe modificações nas estruturas das equipes, dos profissionais atuantes nesse processo, nos recursos e na estrutura programática, reorientando o modelo assistencial de forma a aproximar as ações e as equipes ao contexto social no qual vivem as pessoas desse grupo.

Dessa forma, o que se observa atualmente é uma nova mudança do contexto externo subjacente a situação de cuidado de saúde e de enfermagem, o que poderá levar a mudança da própria representação, conforme observado neste estudo ao descrever as mudanças observadas entre o período inicial de surgimento da aids e a década de 2010, e conforme propõem diversos autores da Teoria de Representações Sociais.

Aponta-se como limitação deste estudo o uso de dados secundários coletados em um período anterior à análise realizada neste estudo que não implicou em não contato direto com os participantes. Tratando-se de estudo de representações e memórias a comunicação direta poderia ter contribuído para a análise e interpretação dos dados. Uma segunda ordem de limitação do estudo refere-se à análise de dados produzidos no passado sobre o passado e dados produzidos no presente sobre o passado. Os discursos produzidos nesses contextos distintos podem, também, trazer informações diferentes.

Os resultados apresentados neste estudo podem contribuir para a compreensão das práticas de cuidados prestados por enfermeiros às pessoas vivendo com HIV, mas também da equipe de saúde, considerando as memórias sociais e coletivas e as representações sociais construídas a partir das vivências ao longo do percurso profissional e da própria vida. Também possibilita discutir, ao longo da trajetória de atuação profissional, as modificações dos cuidados e práticas, conforme os avanços nos estudos para tratamento e controle da aids, permitindo pensar o presente a partir das construções do passado.

Conclui-se, a partir dos resultados desta pesquisa, que as memórias e representações do cuidado de saúde construídas pelos enfermeiros, enquanto a aids ainda era desconhecida, influenciaram as práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros e pelos profissionais de saúde ao longo do tempo. Esse processo de transformação de representações e práticas profissionais de cuidado continua em curso, tornando-se mais científico, mais acessível e menos excludente.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.
- AGOSTINI, R. et al. A resposta brasileira a epidemia de HIV/Aids. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.25, p.1-3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n12/4599-4604/pt/>. Acesso em: 29 nov. 2020.
- ALBA, M. Representações sociais e memória coletiva: uma releitura. In: ALMEIDA, A. M. O; SANTOS, M. F. S; TRINDADE, Z. A. (Org.). **Teoria das representações sociais 50 anos**. Brasília, DF: Technopolitik, 2011. p. 393-427.
- ALVES, I. C.; PADILHA, M. I.; MANCIA, J. R. A equipe de enfermagem e o exercício do cuidado a clientes portadores de HIV/AIDS. **Rev. Enferm.**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 133-139, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-14697>. Acesso em: 14 de fev 2021.
- ANDRADE, R. G; IRIART, J. A. B. Stigma and discrimination: the experiences of HIV-positive women in poor neighborhoods of Maputo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 565-574, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000300565&script=sci_abstract&tlng=en. Acesso em: 26 fev.2021.
- ANGELIM, R. C. M. et al. Representações e práticas de cuidado de profissionais de saúde às pessoas com HIV. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 53, n.1, p.1-7, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v53/en_1980-220X-reeusp-53-e03478.pdf. Acesso em: 18 set. 2020.
- ANTUNES, R.F. et al. Região Sudeste: o cuidado as pessoas que vivem com HIV representado por profissionais de saúde. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p.1990-1999, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/7769>. Acesso em: 01 mar 2021.
- ARAÚJO, F. P.; FERREIRA, M. A. Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 287-293, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jul. 2020.
- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, Brasília, v. 1, n. 117, p. 127-147, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf>. Acesso em 03 set. 2020.
- ASSIS, M. M. A. et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 68, n. 2, p. 333-338, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200333. Acesso em: 02 set. 2020.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface Comum. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 14, p.73-92, 2004.

AZEVEDO, V. A prática profissional do serviço social no tratamento para HIV/AIDS no Brasil. **Intervenção Social**, Lisboa, v.1, n. 46, p. 41- 56, 2015. Disponível em: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/2356/2495>. Acesso em: 4 set. 2019.

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

BARROSO, L. M. M. et al. Utilidade da teoria de autocuidado na assistência ao portador do Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, 2010, p. 562-567. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307023863019.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020.

BELTRÃO, R. P. L. et al. A assistência de saúde às pessoas vivendo com HIV/AIDS acompanhadas pelo Centro de Testagem e Aconselhamento. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. 1-21, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6312/5839>. Acesso em: 21 out. 2020.

BOFF L. *Saber cuidar*. Ética do humano, compaixão pela terra. 16. ed. Petrópolis: Vozes; 2000.

BONES R. et al. Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica. **Cienc. Psicol.**, Montevideo, v. 12, n. 1, p. 67-78, 2018. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212018000100067&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar 2021.

BORGES, M. G. L; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 1, p.147-156, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2012.v17n1/147-156/pt/>. Acesso em:22 fev 2021.

BRASIL. **Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Ministério da saúde**, 2019. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/frontpage>. Acesso em: 29 de agosto de 2019.

BRASIL. Portaria Conjunta nº 1 de 16 de Janeiro de 2013. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: Acesso em: 03 set. 2013.

CALIARI, J. S. et al. Qualidade de vida de idosos vivendo com HIV/aids em acompanhamento ambulatorial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, p. 513-522, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700513&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Mar. 2021.

CEZAR, V. M.; DRAGONOV, P.B. A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, v. 18, n. 3, p. 151-156, 2014. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/ensaioeciencia/article/view/1146>. Acesso em 02 jun. 2020.

COHEN, M. S.; GAY, C. L. Treatment to Prevent Transmission of HIV-1. **Oxford Journals. Clinical Infectious Diseases**, v. 50, n. 3, p. 85-95, 2010.

COLACO, A. D. et al . O cuidado à pessoa que vive com hiv/aids na atenção primária à saúde. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 28, n. 3, p. 20-27, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100332&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 Mar. 2021.

DANTAS, M. S. et al. Representações sociais do HIV/AIDS por profissionais de saúde em serviços de referência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 94-100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400094&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2020.

DUARTE, M. R.; ROCHA, S. S. As contribuições da filosofia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 36-40, 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/18620/14221>>. Acesso em: 04 jul. 2020.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. M. F.; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.47, n. 2, p. 500- 505, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361033325032.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2020.

FEISTLER, S. **Redes sociais de apoio de pessoas com HIV aids em Bissau**. 2019. 51f. Graduação em enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

FERNANDES, J.D. et al. Expansão da educação superior no Brasil: ampliação dos cursos de graduação em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 670-678, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0670. Acesso em: 12 fev. 2020.

FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/Aids atendidos e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 75-84, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/07.pdf> . Acesso em 12 ago. 2020.

FERREIRA, D. C.; SILVA, G.A. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3087-3098, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2020.

FERREIRA, M. A. Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 214-15, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127745723001.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2020.

FORMOZO, G. A. et al. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 124-127, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4006/2775>. Acesso em: 04 jul.2020.

FORMOZO, G. A.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 230-237, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 jun. 2020.

FORMOZO, G.A.; OLIVEIRA, D. C. Autoproteção profissional e cuidado de enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas facetas de uma representação. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 392-398, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 out. 2020.

GAMA, A. S. N. et al. As dimensões do cuidado de enfermagem às pessoas vivendo com a síndrome de imunodeficiência adquirida. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n.10, p. 3734-42, 2016. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj8t>. Acesso em: 04 mar 2021.

GOIS, A. R.S. et al. Representações sociais de profissionais da saúde sobre as pessoas vivendo com hiv/aids. **Av Enferm.**, v. 35, n. 2, p. 169-178, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6765272>. Acesso em: 01 mar. 2021.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 608-615, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019592017.pdf>. Acesso em 18 jun. 2020.

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.3, p. 1-8, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_06. Acesso em: 23 out. 2020.

GOMES, M.A.T. et al. As facetas do convívio com o hiv: formas de relações sociais e representações sociais da Aids para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 111- 120, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452012000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 ago.2019.

ISOLDI, D.M.R.; CARVALHO, F.P.B.; SIMPSON, C.A. Análise contextual da assistência de enfermagem à pessoa com HIV/Aids. **Fundam. care.**, v. 9, n.1, p. 273-78, 2017.

Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4119/pdf_1. Acesso em: 22 fev 2021.

_____. In: SÁ, C. P. (Org.). **Memória, imaginário e representações sociais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p.63-86.

JOSELANY, A. C.; PAGLIUCA, F.; MARLENA, L. Autocuidado e o portador do HIV/aids: sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 1-7, 2006. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421862006.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

KNOLL, R. K. et al. Práticas de uma equipe multiprofissional para pessoas vivendo com hiv/aids: um estudo de caso em um município da foz do rio itajaí-açu, Santa Catarina –Brasil, **Arq. Catarin Med.**, v. 48, n. 4, p. 2-15, 2019. Disponível em:

<http://acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/381/372>. Acesso em: 27 fev 2021.

KOERICH, C. et al. Gestão do cuidado de enfermagem ao adolescente que vive com HIV/AIDS. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p.115-123, 2015. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100115&script=sci_abstract&tlng=pt)

[81452015000100115&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100115&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 01 ago.2019.

LEADEBAL, O. D. C. P. **Coordenação do cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids: desafios no contexto da assistência ambulatorial especializada**. 2015. 131f. Tese

(Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7634>. Acesso em: 03 set.2020.

LEAL, N. S. B.; COELHO, A. E. L. Representações sociais da AIDS para estudantes de psicologia. **Fractal Rev Psicol.**, v. 28, n.1, p.9-16, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v28n1/1984-0292-fractal-28-1-0009>. Acesso em 20 jul. 2020.

LEMOS, Tarsilla de Sales Amorim. **Perspectivas e desafios dos profissionais de saúde no cuidado as pessoas vivendo com HIV/Aids: Um olhar nas representações sociais**.

2016.106f. Dissertação. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2016.

LENZI, L. et al. Suporte Social e HIV: Relações Entre Características Clínicas, Sociodemográficas e Adesão ao Tratamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**

[online], Brasília, v. 34, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722018000100521&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 fev. 2021.

LOCK, A. P. et al. Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n. 2, p. 1-13, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n2/e00047217/pt/>. Acesso em: 12 ago.2020.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos pagu**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 105-125, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332005000100006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 jan 2020.

LUZ, P. M.; MIRANDA, K. C. L. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/aids como forma de cuidar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1,p. 1143-1148, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700022&. Acesso em: 17 jun. 2020.

MACEDO, M.M.; SENA, M.C.S.; MIRANDA, K.C.L. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.66, n.2, p.196-201,2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000200007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 ago.2019.

MACHADO, M.H. et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enferm. Foco**, v.7, n. (ESP), p. 15-34, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/687/297>. Acesso em: 28 out. 2020.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**, v. 7, n. (ESP), p.09-14, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>. Acesso em: 30 out. 2020.

MADEIRA, M. (Org). As representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 17-41.

MALISKA, I.C.A.; PADILHA, M.I.C.S.; ANDRADE, S.R. AIDS e as primeiras respostas voltadas para a epidemia: contribuições dos profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.15-20, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/4295/13376>-. Acesso em 14 jul. 2020.

MARTINEZ, E. A.; SOUZA, S. R.; TOCANTINS, F.R. As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e enfermagem. **Invest Educ Enferm**, v. 30, n. 2, p. 101-107, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105224287013> Acesso em 22 set. 2020.

MARTINS, E. T. P. A integralidade da assistência a pacientes com HIV em ambulatório especializado de alagoas. **Rev Med Saúde**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 308-315, 2019. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/10985/6695>. Acesso em: 26 fev. 2021.

MELO, E. A.; MAKSUD, A.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, n. 23, p. 1-5, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e151/>. Acesso em: 12 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **Caderno de boas práticas em HIV/Aids na atenção básica**. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **Cinco passos para a construção de linhas de cuidado para pessoa vivendo com HIV/Aids**. Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **Política brasileira de enfrentamento da aids resultados, avanços e perspectivas**. Brasília, DF, 2012.

MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigação em psicologia social. 11^a ed. Petrópolis: Vozes; 2015.

MOSCOVICI, S. A história e a atualidade das representações sociais. In S. Moscovici. *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes, 2005.p. 167-214.

Moscovici, S. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France. 1976.

NEVES, C. L. R. et al. Os cuidados de enfermagem ao cliente com HIV/ Aids em um hospital universitário na década de 1980. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental**, v.1, n. 2, p. 299-316, 2009. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/409/370>. Acesso em 20 set. 2020.

NOGUEIRA, C. F. et al. Perfil de pessoas vivendo com HIV em um centro de referência em doenças infectocontagiosas de Belo Horizonte, **Rev. Med. Saúde de Brasília**, v.9, n.1, p.76-89, 2020. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/11590/7115>. Acesso em: 20 set. 2020.

NOGUEIRA, V. P. F., et al. Cuidado em saúde à pessoa vivendo com HIV/AIDS: representações sociais de enfermeiros e médicos. **Rev.enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.331-337, 2015. Acesso em 18 dez.2020. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a07.pdf>.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p.569-76, 2008. Disponível em: <https://docplayer.com.br/264827-Analise-de-conteudo-tematico-categorial-uma.html>. Acesso em 23 set.2019.

OLIVEIRA, D.C. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 21, p.1-10, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_34.pdf. Acesso em: 30 out. 2020.

OLIVEIRA, R. S. et al. Associação entre suporte social com adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com o HIV. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 41, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100428&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 mar. 2021.

PAULA, T.F.; PAULA, T.F.A. Construção Social da AIDS e as Repercussões na Prática dos Profissionais de Saúde. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 9844-9857, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/14409/11976>. Acesso em: 20 fev. 2021.

PINTO, V. P.; CAPELETTI, N. M. Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: A experiência do município de Florianópolis/SC. **Rev. Bras.Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v.14, n. 41, p.1-8, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1710/976>. Acesso em: 12 set. 2020.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.62, n.5, p. 739-44, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500015. Acesso em: 20 ago.2019.

PIRES, P.V.; MEYER, D. E. E. Noções de enfrentamento da feminização da aids em políticas públicas. **Rev. Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 95 -113, 2019. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/88099/55478>. Acesso em: 14 jun. 2020.

PONTES, A. P. M., et al. Representações sociais da biossegurança no contexto do HIV/AIDS: contribuições para a saúde do trabalhador. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/21211/28531>-. Acesso em: 05 jul. 2020.

PORTINARI, D. B; WOLFGANG, S. M. B. M. Imagens e marcas: um imaginário ligado à epidemia de HIV-Aids no Brasil. **Alceu**, v. 17, n.34, p. 45 a 60, 2017. Disponível em: <http://revistaalceu.com.puc-rio.br/index.php/alceu/article/view/132/129>. Acesso em: 05 fev. 2021.

Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D.; **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019597014.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

RIBEIRO, D. K. M. N. et al. A identidade do cuidado de enfermagem na primeira década do século XXI. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 3, p. 565-572, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483649281022.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2020.

RIBEIRO, J. M. S. Autonomía profesional de los enfermeros. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v.3, n. 5, p. 27-36, 2011. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 mai. 2020.

ROCHA, G. S. A. et al. Cuidados de enfermagem aos indivíduos soropositivos: reflexão à luz da fenomenologia. **Rev Min Enferm.**, v.19, n. 2, p.258-261, 2015. Disponível em <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1020>. Acesso em 10 mar 2021.

ROUQUETTE, M. L. **Paradoxos da Representação e da Ação: conjunções sem coordenação**. In: Campos, P.H.F. & Loureiro, M.C.S. (Orgs.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. UCG, 2003.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: M. J. Spink (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SÁ, C. P. As memórias da memória social. In: SÁ, C. P. (Org.). **Memória, Imaginário e Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p. 63-86.

SÁ, C. P. Sobre o campo de estudo da memória social: uma perspectiva psicossocial. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 290-295, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102. Acesso em 08 mai. 2020.

MOLLER, R. C.; SÁ, C. P. A memória social de um crime e de uma pena de morte no Brasil império. **Rev. Psicol.Saber Soc.**, v. 1, n. 1, p. 66-84, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/3246/2260>. Acesso em: Acesso em 08 mai. 2020.

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127744318026.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SEBOLD, L. F., et al. Cuidar é... percepções de estudantes de enfermagem: Um olhar heideggeriano. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 1-5 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127745723005.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

SILVA, A. L.; SOUSA, C. S. O. O cuidado a pessoas com HIV/aids na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 1-7, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0907.pdf>. Acesso em 19 set. 2020

SILVA, A. F. C; CUETO, M. HIV/Aids, os estigmas e a história. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25,n. 2,p. 311-314, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000200311. Acesso em 20 set. 2020.

SILVA, J. M. B., et al. O cuidado da equipe multiprofissional ao portador de hiv/Aids. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 195-202, 2011. Disponível em: <https://aratupe.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5236/4476>. Acesso em: 08 ago. 2020.

SILVA, L. M. S.; TAVARES, J. S. C. A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1109-1118, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n4/1109-1118/pt>. Acesso em 20 jul.2020.

SILVA, L. W. S., et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 471-475, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 20 ago.2020.

SILVA, S.E.D., et al. A teoria das representações sociais sob a ótica das pesquisas de enfermagem no Brasil. **J. Health BiolSci.**, v. 5, n.3, p. 272-276, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1319/451>. Acesso em: 10 set. 2019.

SILVA, V. P. et al. A incidência de casos negligenciados por profissionais de enfermagem contaminados por materiais perfuro cortantes e biológicos. **American Journal of HIV/AIDS Research**, v.1, n.3, p. 1-5, 2018. Disponível em: <https://aepub.com/Articles/AJHR-2018-11-0103.pdf>. Acesso em: 21 out. 2020.

SOUSA, B. B. et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **J. Manag Prim Health Care.**, v. 1, n.1, p. 23-26,2010. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/90>. Acesso em 08 ago. 2020.

SOUSA, L. B.; BARROSO, M. G. T. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1 p. 181-187, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a25>. Acesso em: 02 ago. 2020.

SOUSA, L. P. et al. Atuação da equipe de enfermagem no teste rápido anti-HIV. **J nurs UFPE onlin**, v. 4, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244420/35724>. Acesso em: 28 fev 2021.

SOUZA, A. C. R; GOMES, B. F.; PONTELLI, B. P. B. Atuação dos profissionais de enfermagem frente aos pacientes portadores de hiv-aids. **Revista Enfermagem em Evidência**, Bebedouro SP, v. 3, n. 1, p. 21-36, 2019. Disponível em: <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/enfermagememevidencia/sumario/83/18112019165258.pdf>. Acesso em 02 mar. 2021.

SPINK, M.J. **Desenvolvendo as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais**. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, p.95-118, 2013.

SUTO, C. L. S. Profissionais de saúde falam mais sobre cuidado e menos sobre síndrome da imunodeficiência adquirida. **Cogitare Enferm.**,v. 22, n.3, p.1-10, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49981/pdf>. Acesso em: 01 mar 2021.

THIENGO, P. C. S.; GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. As representações do cuidado voltado à pessoa que vive com HIV/AIDs para a equipe de saúde. **Revista enfermagem atual**, v.82, n. 20, p.40-47, 2017. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/302/189>. Acesso em: 12 set.2020.

TORRES, G. Florence Nightingale. In: GEORGE, J. B. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: **Artes Médicas**, cap. 3, p. 38-48, 1993.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

VALLE, C. G.. Memórias, histórias e linguagens da dor e da luta no ativismo brasileiro de HIV/Aids. Sex., **Salud Soc.** (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 30, n.1, p. 153-182, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872018000300153&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2020.

VASCONCELOS, M.F., et al. Cuidados paliativos para o paciente com HIV/AIDS. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.1-5, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n2/v24n2a13.pdf>. Acesso em: 14 ago.2019.

VASCONCELOS, M.F., et al. Finalidades dos cuidados paliativos voltados para o paciente com hiv/Aids: estudo com enfermeiros. **J. res.: fundam. care.**, v.6, n.3, p.1058-67, 2014. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3372/pdf_1357. Acesso em 13 ago.2019.

VERAS, S. M. J. et al. Perfil dos usuários dos serviços de testagem e assistência a pessoa vivendo com o HIV: Identificando vulnerabilidades para promover saúde. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 1636-1649, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/7537/6562>. Acesso em: 03 mar 2021.

VIEIRA, A.S. et al. Profissionais da SAE e as estratégias utilizadas no manejo ao paciente HIV/AIDS. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 5459-5468, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/10842/9068>. Acesso em: 04 mar 2021.

WOLFGANG, S. M.; PORTINARI, D. B.; FERREIRA, P. C. Campanhas educacionais de prevenção ao HIV no Brasil de 1987 a 2002. **Revista Carioca de Ciência, Tecnologia e Educação**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.1-11, 2017. Disponível em: <https://recite.unicarioca.edu.br/rccte/index.php/rccte/article/view/12/59>. Acesso em: 12 ago. 2020.

ZAMBENEDETTI, G; BOTH, N. S. "A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. **Fractal Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 41-58, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jun. 2020.

ZAMBENETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n.3, p. 785-806, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2016.v26n3/785-806/>. Acesso em: 08 mar. 2021.

APÊNDICE - Categorias e unidades de significação a partir das entrevistas dos enfermeiros

No. CA T	NOME CATEGORIA	US	QUAN T UR	% UR
1	Dimensão conceitual do cuidado de saúde	Perfil de saúde das pessoas vivendo com HIV	55	3
		Definições de cuidado de saúde	36	1,9
		Responsabilidades/papel do enfermeiro com pessoas vivendo com HIV	30	1,6
	TOTAL		121	6,5
2	Modalidades de cuidado de saúde prestados/exigidos às pessoas vivendo com HIV	Cuidados de saúde às pessoas vivendo com HIV	97	5,2
		Definição de tratamento às pessoas vivendo com HIV	60	3,2
		Cuidados prescritos comparados aos efetivamente prestados	28	1,5
		Influência dos cuidados às pessoas vivendo com HIV sobre outras áreas do cuidado	18	0,9
		Tratamento confrontado às práticas de cuidados	18	0,9
	TOTAL		221	11,7
3	Modalidades de cuidado de enfermagem às pessoas vivendo com HIV	Cuidados de enfermagem prestados às pessoas vivendo com HIV	301	15,9
		Cuidados destinados aos familiares das pessoas vivendo com HIV	69	3,6
	TOTAL		370	19,5
4	Recursos tecnológicos e profissionais para o cuidado de saúde	Práticas de proteção à saúde adotadas no cuidado às pessoas vivendo com HIV	186	9,8
		Recursos medicamentosos e técnicos destinados ao cuidado às pessoas vivendo com HIV	104	5,5
		Membros da equipe multiprofissional envolvidos no cuidado às pessoas vivendo com HIV	63	3,3
		Articulação da equipe multiprofissional no cuidado de saúde às pessoas vivendo com HIV	38	2
		Tempo e local de atuação da equipe multiprofissional às pessoas vivendo com HIV	21	1,2
		O uso de ARV como avanço no cuidado às pessoas vivendo com HIV	9	0,5
	TOTAL		421	22,3
5	Qualidade do cuidado, facilidades e dificuldades enfrentadas nas práticas do	Experiências do primeiro contato profissional com	139	7,4

	cuidado de saúde	peessoas vivendo com HIV		
		Sentimentos vivenciados ao atuar com pessoas vivendo com HIV	129	6,8
		Dificuldades encontradas no cuidado às pessoas vivendo com HIV	86	4,5
		Nível de capacitação para o cuidado às pessoas vivendo com HIV	78	4,1
		Qualidade do cuidado de saúde destinado às pessoas vivendo com HIV	61	3,2
		Aspectos facilitadores do cuidado às pessoas vivendo com HIV	36	1,9
	TOTAL		529	27,9
6	Atuação profissional do início da epidemia até o ano de 2013	Diferenças nos cuidados prestados às pessoas vivendo com HIV entre o início da epidemia e a década de 2010	151	7,9
		Cuidados multiprofissionais prestados às pessoas vivendo com HIV no início da atuação profissional	73	3,9
		A organização dos serviços e o fluxo do atendimento às pessoas vivendo com HIV no início da atuação profissional	5	0,3
	<u>TOTAL</u>		229	12,1
	TOTAL GERAL		1891	100

ANEXO A - Questionário de caracterização dos sujeitos e dos serviços

	PESQUISA As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de AIDS: Representações Sociais e memória de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil	QUESTIONÁRIO <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
ENTREVISTADO (Pseudônimo)	SERVIÇO ONDE ATUA (Ver tabela de municípios)	
CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL E DE PRÁTICAS RELATIVAS AO HIV/AIDS		
ENTREVISTADOR, NÃO ESQUEÇA DE REPETIR O PSEUDÔNIMO DO ENTREVISTADO E O NÚMERO DO QUESTIONÁRIO DA PARTE 1 NOS CAMPOS DESTINADOS PARA TAL.		
FALANDO DA SUA INSTITUIÇÃO		
<p>A. Município onde se localiza o serviço em que você atua:</p> <p>01.() Manaus 02.() Belém 03.() Santarém 04.() Recife 05.() Salvador 06.() Jequié 07.() Vitória da Conquista 08.() Cuiabá 09.() Rio Grande 10.() Niterói 11.() Rio de Janeiro</p> <p>B. Região onde se localiza o serviço:</p> <p>1.() Norte 2.() Nordeste 3.() Centro-Oeste 4.() Sudeste 5.() Sul</p> <p>C. Setor onde você atua: (ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS)</p> <p>1.() CTA 2.() SAE 3.() Centro de Referência em HIV/Aids 4.() Ambulatório de assistência especializada às pessoas com HIV/Aids 5.() Outro. Qual? _____</p>	<p>G. Quantos filhos você tem?</p> <p>1.() De 1 a 2 filhos 2.() De 3 a 4 filhos 3.() 5 ou mais filhos 4.() Não tem filhos</p> <p>H. Qual é a sua renda pessoal mensal aproximada? R\$ _____ reais (PASSAR UM TRAÇO SE O ENTREVISTADO NÃO QUISER RESPONDER)</p> <p>I. Qual é a sua renda familiar mensal aproximada? R\$ _____ reais (PASSAR UM TRAÇO SE O ENTREVISTADO NÃO QUISER RESPONDER)</p> <p>J. Quantas pessoas da família compartilham essa renda familiar? _____ pessoas</p> <p>K. Qual é a sua religião? (MARCAR TODAS REFERIDAS PELO ENTREVISTADO)</p> <p>1.() Católica 2.() Espirita / Espiritualista. Qual? _____ 3.() Evangélica. Qual? _____ 4.() Kardecista 5.() Outra. Qual? _____ 6.() Não tem religião</p> <p>L. Como você define a sua orientação política?</p> <p>1.() Direita 2.() Centro-direita 3.() Esquerda 4.() Centro-esquerda 5.() Não tem orientação política</p>	
FALANDO DOS SEUS DADOS PESSOAIS		
<p>D. Qual a sua idade e data de nascimento? (___ ___) anos Nascido em: ___/___/19___</p>		
<p>E. Sexo:</p> <p>1.() Feminino 2.() Masculino</p>		
<p>F. Qual o seu estado marital atual?</p> <p>1.() Não possui namorado(a) ou companheiro(a) 2.() Vive com namorado(a) ou companheiro(a) 3.() Possui companheiro(a) fixo(a), mas não vive com ele(a)</p>		
FALANDO DA SUA FORMAÇÃO E DO SEU ACESSO À INFORMAÇÃO		
<p>M. Qual sua formação escolar completa de mais alto nível?</p> <p>1.() Ensino médio 2.() Ensino superior 3.() Especialização 4.() Mestrado 5.() Doutorado 6.() Outro. Qual? _____</p>		
<p>N. Qual sua formação profissional completa de mais alto nível?</p> <p>1.() Auxiliar de Enfermagem 2.() Técnico de Enfermagem 3.() Graduação. Qual? _____ 4.() Especialização. Qual? _____ 5.() Outro. Qual? _____</p>		

O. Qual o ano de término e o tempo da sua última formação profissional completa?

Ano de término: _____

Tempo de formação: ____ anos ____ meses

P. Por favor, especifique a área e o ano de formação profissional nos seguintes níveis:

Curso	Área	Ano
1. Graduação	1.1.	
	1.2.	
	1.3.	
2. Especialização	2.1.	
	2.2.	
	2.3.	
3. Mestrado		
4. Doutorado		
5. Outros	5.1.	
	5.2.	
	5.3.	

Q. Quais são as 3 principais fontes de informação sobre HIV/Aids utilizadas por você?

01. () Rádio
 02. () Televisão
 03. () Jornal
 04. () Sites em geral na Internet
 05. () Revistas em geral
 06. () Livros em geral
 07. () Manuais técnicos
 08. () Conversas no cotidiano profissional
 09. () Conversas no cotidiano pessoal
 10. () Cursos de capacitação
 11. () Revistas científicas
 12. () Artigos científicos
 13. () Livros científicos
 14. () Outra. Qual? _____

R. Você participou de atividades de capacitação sobre HIV/Aids durante a sua vida profissional?

1. () Sim
 2. () Não - PULE PARA V

S. Quais foram essas atividades e sua duração aproximada?

Ano	Atividade	Duração (em dias, semanas ou meses)

T. Você participou de atividades de capacitação sobre HIV/Aids promovidos por este serviço no último ano?

1. () Sim
 2. () Não - PULE PARA V

U. Quais foram essas atividades e sua duração aproximada?

Ano	Atividade	Duração (em dias, semanas ou meses)

FALANDO DA SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

V. Qual o seu regime de contratação neste serviço?

1. () Rotina 20h (diarista)
 2. () Rotina 40h (diarista)
 3. () Plantonista 12h
 4. () Plantonista 24h
 5. () Rotina 24h
 6. () Rotina 32h

W. Qual o setor onde você trabalha?

X. Você atua em outros setores além do Programa de HIV/Aids neste serviço?

1. () Sim. Qual? _____
 2. () Não

Y. Qual o seu tempo de atuação na função atual neste serviço e o ano de início?

Tempo de atuação: ____ anos ____ meses

Ano de início: _____

Z. Qual o seu tempo de atuação nesta instituição e o ano de início?

Tempo de atuação: ____ anos ____ meses

Ano de início: _____

A'. Qual o seu tempo de atuação no Programa de HIV/ Aids deste serviço e o ano de início?

Tempo de atuação: ____ anos ____ meses

Ano de início: _____

B'. Qual a sua função atual neste serviço? (ASSINALE UMA OU MAIS ALTERNATIVAS)

01. () Médico generalista

02. () Médico especialista. Qual? _____

03. () Enfermeiro(a)

04. () Psicólogo(a)

05. () Assistente social

06. () Dentista

07. () Farmacêutico

08. () Técnico de Enfermagem

09. () Auxiliar de Enfermagem

10. () Outro. Qual? _____

C'. Quais os setores nos quais você já atuou neste serviço?

Duração	Setor	Função

D'. Em quantas instituições você trabalha exercendo funções de atenção à saúde atualmente?

1. () Só esta

2. () Duas

3. () Mais de duas

E'. Qual a função exercida por você na segunda instituição?

F'. Detalhe o seu percurso profissional e atuações anteriores em instituições de saúde: (SOLICITAR 3 DAS ATUAÇÕES ANTERIORES A ATUAL)

	Instituição	Setores	Funções	Períodos
1º				
2º				
3º				

**FALANDO DA SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL
COM CLIENTES SOROPOSITIVOS**

G'. Qual o seu tempo de atuação com clientes com HIV/Aids em qualquer serviço e o ano de início?

Tempo de atuação: ___ anos ___ meses

Ano de início: _____

H'. Quais são as ações que você realiza neste serviço voltadas ao atendimento da pessoa com HIV/Aids?

- 01.() Aconselhamento individual pré-teste
 02.() Aconselhamento coletivo pré-teste
 03.() Aconselhamento individual pós-teste
 04.() Aconselhamento coletivo pós-teste
 05.() Oferta de exame anti-HIV
 06.() Coleta de material para exame anti-HIV
 07.() Recepção e acolhimento de casos novos
 08.() Consulta médica de rotina
 09.() Consulta médica eventual
 10.() Atendimento pré-consulta
 11.() Atendimento pós-consulta
 12.() Consulta de enfermagem
 13.() Atendimento psicológico
 14.() Atendimento social
 15.() Atendimento odontológico
 16.() Atendimento farmacêutico
 17.() Atendimento domiciliar
 18.() Atendimento e suporte para a família
 19.() Atividade educativa em sala de espera
 20.() Ações educativas individuais
 21.() Ações educativas em grupo
 22.() Realização de grupos de adesão
 23.() Suporte e orientação para a equipe médica
 24.() Treinamento e supervisão dos auxiliares
 25.() Notificação epidemiológica
 26.() Controle de fatosos
 27.() Distribuição de preservativos
 28.() Dispensação de medicamentos ARV
 29.() Outras 1. Qual? _____
 30.() Outras 2. Qual? _____
 31.() Outras 3. Qual? _____

I'. Quais são os profissionais da equipe de atendimento à pessoa com HIV/Aids neste serviço? (ASSINALE TODAS AS ALTERNATIVAS NECESSÁRIAS)

- 01.() Médico generalista
 02.() Médico especialista. Qual? _____
 03.() Enfermeiro
 04.() Psicólogo
 05.() Assistente social
 06.() Dentista
 07.() Farmacêutico
 08.() Técnico de Enfermagem
 09.() Auxiliar de Enfermagem
 10.() Outro 1. Qual? _____
 11.() Outro 2. Qual? _____
 12.() Outro 3. Qual? _____
 13.() Não sabe informar

J'. Como você classificaria a atuação dos profissionais no Programa de HIV/Aids deste serviço?

- 1.() Atuação individual voltada a os clientes com HIV/Aids
 2.() Atuação em equipe com funções específicas a cada profissional
 3.() Atuação individual voltada ao cumprimento das rotinas do serviço
 4.() Atuação em equipe com funções compartilhadas entre os diversos profissionais
 5.() Não saberia definir

K'. Quantos dias por semana você desenvolve atividades com clientes com HIV/Aids neste serviço?

- 1.() 1 dia
 2.() 2 dias
 3.() 3 dias
 4.() 4 dias
 5.() 5 dias
 6.() 6 ou 7 dias

L'. Quantas horas por dia você atua com clientes com HIV/Aids neste serviço? (CALCULAR A MÉDIA DIÁRIA)

_____ horas

M'. Você utiliza padronizações de condutas (protocolos) nos atendimentos realizados?

- 1.() Sim
 2.() Não

N'. Qual o tipo de contato predominante estabelecido por você com clientes com HIV/Aids atualmente?

- 1.() Físico
 2.() Verbal
 3.() Físico e verbal
 4.() Sem contato profissional físico ou verbal
 5.() Outro. Cite: _____

O'. Qual a frequência dessa forma de contato atualmente?

- 1.() Diário
 2.() Semanal
 3.() Quinzenal
 4.() Esporádico
 5.() Não tenho contato

FALANDO DA SUA VIDA PRIVADA

P'. Você conhece, no seu círculo privado de relações, alguma pessoa que é portadora do HIV ou que tenha Aids?

- 1.() Sim
 2.() Não - PULE PARA R'
 3.() Não gostaria de informar - PULE PARA R'

Q'. Qual o seu grau de proximidade com essa pessoa?

1. () Um parente
 2. () Um amigo
 3. () Um colega de trabalho
 4. () Um(a) parceiro(a) sexual atual ou antigo(a)
 5. () Uma pessoa sobre a qual você ouviu falar, mas sem conhecê-la pessoalmente
 6. () Outro. Cite: _____
 7. () Não gostaria de informar

R'. Você já pensou estar contaminado pelo vírus HIV alguma vez?

1. () Sim
 2. () Não - PULE PARA T'
 3. () Não gostaria de informar - PULE PARA T'

S'. Qual foi a sua reação diante da suspeita? (PODE SER ESCOLHIDA MAIS DE UMA RESPOSTA)

1. () Procurou esquecer
 2. () Fez o teste anti-HIV
 3. () Procurou aconselhamento com amigos
 4. () Procurou aconselhamento com profissionais
 5. () Utilizou auto-medicação preventiva
 6. () Fez acompanhamento médico
 7. () Submeteu-se ao protocolo de atenção aos profissionais

T'. Você já fez o teste anti-HIV alguma vez?

1. () Sim
 2. () Não - PULE PARA V'
 3. () Não gostaria de informar - PULE PARA V'

U'. Sabe qual foi o resultado?

1. () Sim
 2. () Não
 3. () Não gostaria de informar

V'. Você conhece profissionais que atuaram no início da epidemia de Aids neste município?

1. () Sim
 2. () Não - ENCERRE
 3. () Não gostaria de informar - ENCERRE

Data de aplicação do questionário:

____/____/201____

Nome do entrevistador:

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR

--

W'. Poderia indicar os seus nomes e como fazer contato com eles?

Nome	Local de trabalho atual	Forma de contato (tel., e-mail, endereço, etc)

- Muito obrigado pela colaboração. Sua participação foi muito importante para esta pesquisa -

ANEXO B – Roteiro de Entrevista



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM



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

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

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

1. Qual é a lembrança pessoal mais antiga que você tem sobre a aids?
2. O que você sabia naquela época sobre a aids?
3. Depois dessa primeira, qual foi a experiência mais marcante que você teve com a aids?
4. Você se lembra do primeiro paciente com aids de quem cuidou? Quando e onde foi isso? Fale sobre essa experiência.
5. Como eram os pacientes com aids aqui em (*município*) quando você começou a atuar?
6. Naquela época, quais eram os cuidados que o seu serviço prestava aos pacientes e quais profissionais atuavam?
7. Quais eram os cuidados que você prestava a esses pacientes naquela época?

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

1. Hoje em dia, como é para você atuar com pessoas com aids?
2. E o tipo de cuidado prestado "*hoje*" é diferente daquele de "*ontem*"? Fale sobre o cuidado prestado *hoje*.
3. Hoje em dia, o que os profissionais de saúde consideram como tratamento e como práticas de cuidado a pessoa com HIV/aids? Há diferenças entre essas atividades? Fale o que você pensa sobre isso.
4. Quanto ao relacionamento com os pacientes e seus familiares, como você vê *hoje* a atuação da equipe multiprofissional? E a sua própria?
5. A equipe de profissionais em que você atua "*hoje*" é diferente da de "*ontem*"? Fale sobre essas diferenças.
6. Como você vê a articulação do trabalho dos diferentes profissionais da equipe multiprofissional no atendimento ambulatorial as pessoas com HIV/Aids? E a sua inserção nessa equipe, fale sobre ela.
7. Diz-se que os cuidados desenvolvidos com relação aos pacientes com aids levaram a avanços nos cuidados de saúde em geral. Você concorda com isso? Explique a sua resposta.

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

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

2. Quanto a proteção dos próprios pacientes, Infectados e não infectados, quais são as práticas adotadas no seu serviço? Fale sobre elas.
3. Face aos riscos da exposição de familiares dos pacientes ao HIV/aids, o seu serviço adota práticas de proteção dirigida a eles? Fale sobre elas.
4. Como tem sido para você lidar com o HIV/aids fora do trabalho, na sua via pessoal privada?
5. A sua atuação profissional no cuidado a pessoa com HIV/aids teve ou está tendo repercussões nas variadas dimensões da sua vida privada? Como você as descreveria?
6. Uma questão que costuma estar presente tanto no trabalho, quanto fora dele são os relacionamentos com uma pessoa infectada pelo HIV. Como você vê essas relações?

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

1. Você está a par das normas e procedimentos de cuidado as pessoas que vivem com HIV/aids oficialmente estabelecidos no seu serviço e em outras instituições de saúde no país?
2. Você acha que os recursos medicamentosos e técnicos em geral são suficientes e adequados para o cuidado a essas pessoas na sua realidade? Fale sobre eles.
3. E, quanto aos processos de capacitação para a atuação profissional e educação em saúde, eles são desenvolvidos e suficientes no seu serviço? Conte como ocorre no seu serviço.
4. O que você pensa das políticas sociais e institucionais para o HIV/aids no Brasil? Fale sobre elas.
5. As práticas de controle da epidemia desenvolvidas pelo Estado – de naturezas social, política, administrativa, moral, educacional e policial – têm sido eficazes? Fale o que você pensa delas.
6. O que o estado poderia fazer e não está fazendo para a melhoria da atenção as pessoas com HIV/Aids?

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

1. Como você resumiria a "história" da epidemia de aids do início até hoje?
2. Como você resumiria o desenvolvimento do conhecimento sobre o HIV/Aids?
3. Como você resumiria a "história" dos cuidados de saúde a pessoas com aids do início até hoje?
4. Como você acha que as pessoas que vivem com o HIV/Aids são vistas hoje em dia pelas demais pessoas em geral?
5. Qual dessas impressões globais sobre as pessoas com HIV/Aids parece predominar no seu serviço entre os profissionais? (1- indivíduos, vítimas, necessitados de ajuda, com famílias e amigos, que pensam no futuro; 2- membros de "grupos de risco", egoístas, que procuraram a doença, perigosos, terminais)
6. E, quando se trata de pessoas contaminadas por transfusão de sangue, de mulheres infectadas pelos maridos e de crianças contaminadas durante a própria gestação, como são as impressões dos profissionais?
7. Dada a sua experiência pessoal em cuidar de pessoas com HIV/Aids, o que você pensa sobre os cuidados efetivamente prestados e aqueles necessários a essas pessoas hoje?
8. Você gostaria de complementar alguma coisa mais?

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

ANEXO C – Aprovação do CONEP

Conf. Parecer CONEP nº. 063/2012

estigmatização (itens III.3."i" e IV.1."g" da Resolução CNS 196/1996). Solicita-se adequação.

- c. No documento lê-se: "em nenhum momento serei exposto(a) a riscos ou desconfortos". Cabe ressaltar que, de acordo com o item V da Resolução CNS 196/96, "considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade". Ressalte-se ainda o item II.8 da mesma resolução que define como "Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente". Solicita-se adequação.
2. Nas páginas 17 e 18, o projeto informa que serão aplicados 500 questionários, 500 evocações livres e 150 entrevistas, destacando que "os sujeitos que responderão ao questionário serão os mesmos que responderão as evocações livres". Tendo em vista a incoerência verificada quanto ao número de sujeitos envolvidos, solicitam-se esclarecimentos.
3. O protocolo contém uma carta que informa sobre uma parceria científica com um laboratório francês, sem esclarecer, entretanto, no que consiste essa parceria de fato. De acordo com a Resolução CNS 292/99, item II.2, o protocolo deve "explicitar as responsabilidades, os direitos e obrigações, mediante acordo entre as partes envolvidas.". Solicita-se adequação.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, devendo o CEP verificar o cumprimento das questões acima, antes do início do estudo.

Situação: Protocolo aprovado com recomendação.

OBS: No Brasil, além da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, está prevista a participação dos seguintes centros: Hospital Municipal Rocha Maia (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); Hospital Municipal Raphael de Paula Souza (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); Hospital Municipal Carmela Dutra (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); CMS Ernesto Zeferino Tibau Jr. (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); Pam Antonio Ribeiro Neto (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); CMS Pindaro de Carvalho Rodrigues (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); CMS Manoel José Ferreira (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); CMS Necker Pinto (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); CMS Lincoln de Freitas Filho (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); CMS Clementino Fraga (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); CMS Waldyr Franco (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); CMS Belizário Penna (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); Policlínica José Paranhos Fontenele (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); CMS Milton Fontes Magarão (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro); Hospital Universitário Pedro Ernesto (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP do Hospital Universitário Pedro Ernesto); Hospital Universitário Gaffree Guinle (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP do Hospital Universitário Gaffree Guinle); Hospital Escola São Francisco de Assis (Dra. Denize Cristina de Oliveira/CEP da UERJ); Policlínica Regional Sérgio Arouca/RJ (Dra. Eliane Ramos Pereira/Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF); Policlínica Regional Carlos Antônio/RJ (Dra. Eliane Ramos Pereira/Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF); Policlínica Regional Largo da Batalha/RJ (Dra.

ANEXO D – Autorização do Comitê de Ética



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 38A/2011

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 2011.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

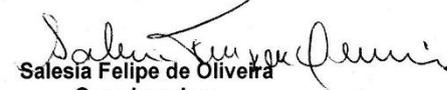
<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Carla Costa Vianna Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira Clotilde Teixeira Cristina Maria Venetinho de Souza José M. Salame Nara da Rocha Saraiva Rodrigo de Carvalho Moreira Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretária Executiva: Renata Guedes Ferreira</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 29/11 CAAE nº: 0149.0.000.314-11</p> <p>TÍTULO: As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de AIDS: representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Denize Cristina de Oliveira.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Unidades municipais de saúde.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 28/02/2011.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IPR nº: 00005577

ANEXO E – Autorização do Comitê de Ética 2

**CEPAS**

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

PARECER Nº 142 / 2010

PROCESSO Nº 23116.004414/2010-96

CEPAS 36 /2010

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

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Profª. Geani Farias Machado Fernandes.

PARECER DO CEPAS:

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

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

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

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

Rio Grande, RS, 08/12/2010.

Profª. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS

ANEXO F – Autorização do Comitê de Ética 3



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – CAMPUS IV
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/Campus IV/CCBS / UEPA
End. Av. José Bonifácio, 1289 CEP: 66063-010 Fone: (091) 3249-0236 Fax: (091) 3249-4671 Ramal: 208, Email: cepenfuepa@yahoo.com.br

Parecer Final

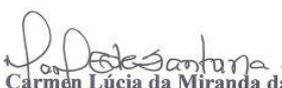
Sr. (a). Pesquisador (a).

O projeto de protocolo (CAAE): **0069.0.321.000-10**, cujo título é: **Em tempos de AIDS: Representações Sociais e Memórias de Enfermeiros e Profissionais de Saúde de Belém e Santarém**. Sob a responsabilidade do (a) Pesquisador (a) **Elisabeth Teixeira**, foi **APROVADO** pelo CEP em 10/12/2010.

Informamos que o pesquisador ao submeter o projeto ao CEP de acordo com a Resolução 196/96 se compromete a:

- Informar qualquer tipo de mudança nos procedimentos, caso ocorram, ao CEP para que possa ser novamente analisado.
- Comunicar imediatamente a interrupção da pesquisa, com justificativa.
- Enviar periodicamente relatório ao CEP sobre o andamento da pesquisa.
- Comunicar imediatamente, qualquer reação adversa no curso da pesquisa.

Belém, 14 de dezembro de 2010.


Prof. MSc. **Carmem Lúcia da Miranda da Silva**
Coordenadora do Comitê de Ética/ENF/UEPA
COREN-PA 26516

Prof. MSc. **Carmem Lúcia Miranda da Silva**
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa - Enfermagem/UEPA
COREN/PA, 26516

ANEXO G- Autorização do Comitê de Ética 4

Ministério da Educação
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
 Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

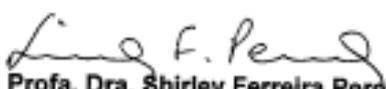
TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
 DE PROJETO DE PESQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 977/CEP- HUJM/2010

- "COM PENDÊNCIAS"
- APROVADO "ad referendum"
- APROVAÇÃO FINAL
- NÃO APROVADO

O projeto de pesquisa intitulado: "As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de AIDS: Representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil – Subprojeto Cuiabá," encaminhada pelo (a) pesquisador (a) Ana Rafaela Pecora foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 13/04/2011 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 13 de Abril de 2011.


 Profa. Dra. Shirley Ferreira Pereira
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Hospital Universitário Júlio Müller
 Avenida Fernando Corrêa da Costa, Nº 2367 Bairro Boa Esperança - Cuiabá - MT, Brasil
 CCBS I - 1º Piso - Universidade Federal de Mato Grosso
 Fone: 65-3615-8254, e-mail: cep@ujm.ufmt.br
<http://www.ufmt.br/cep>

ANEXO H– Autorização do Comitê de Ética 5



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER

Registro CEP/UPE: 125-A/11

Registro CAAE: 01080.0.097.000-11

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde/Enfermagem

Grupo: III

Instituição de Origem: Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças

Título: As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de AIDS representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil, no contexto da cidade do Recife, Pernambuco

Pesquisador Responsável: Fátima Maria da Silva Abrão

Pesquisadores: Regina Célia de Oliveira, Luiz Oscar Cardoso Ferreira e Mirian Pereira Domingos

Alunos Colaboradores: Victor Emmamuell dos Santos, Lorryne de Lima, Luciana Cabral, Singara Queiroz, Rebeca Angelim, Hellen Arruda, Renata Seabra, Camilla Maciel, Tuana Fernandes

O plenário do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco CEP/UPE, em sua reunião ordinária realizada no dia 05/07/2011, no exercício de suas atribuições legais e em consonância com a Resolução 196/96 do CNS/MS, considera que o estudo objeto deste documento, é pertinente, com metodologia adequada aos objetivos propostos, não apresenta riscos, contém medidas protetoras ao sujeito, apresenta toda documentação exigida e não apresenta agravo ético. Sendo assim o CEP opina favoravelmente ao pleito do pesquisador, considerando o projeto como **“APROVADO”**.

O CEP/UPE informa ao pesquisador que tem por obrigação:

- Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou do TCLE. Nestas circunstâncias, a inclusão de sujeitos deve ser suspensa temporariamente, até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas;
- Comunicar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo;
- Para pesquisas com duração até 18 meses, apresentar relatório final após o término da pesquisa;
- Para pesquisas com duração acima de 18 meses, apresentar relatório parcial neste período e o final após o término da pesquisa.

Agradecemos a oportunidade de podermos contribuir para o avanço da ciência e na apreciação do referido projeto. Colocamo-nos à disposição, para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Reiteramos votos de sucesso.

Recife, 08 de julho de 2011.

Fátima Maria da Silva Abrão
 CEP/UPPE
 Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças
 Universidade de Pernambuco - UPE
 Rua do Recife, 1000 - Recife, PE 51200-000

ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Fui comunicado(a) que esta pesquisa está sendo coordenada pela Profª Titular Denize Cristina de Oliveira, lotada na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em nível nacional, e pela Profª _____ da Universidade _____ em nível local.

Declaro estar de acordo em participar da pesquisa, respondendo a entrevista, questionário e outras formas de coleta de dados verbais, bem como estou de acordo com a gravação digital ou em fita cassete desses dados e sua posterior transcrição, para que sejam utilizadas integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, a partir da presente data. Da mesma forma, autorizo a sua audição e o uso das citações a terceiros, ficando vinculado o controle e a guarda dos dados e gravações a Profa. Denize Cristina de Oliveira e a Profª _____, coordenadores deste projeto.

Reconheço, também, que as respostas obtidas serão usadas apenas para fins científicos e divulgadas através de trabalhos em eventos acadêmico-científicos, sem qualquer identificação da minha pessoa.

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

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

Local, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do Pesquisador Local

Assinatura do Sujeito Pesquisado

CONTATO COM O PESQUISADOR*:

Profa. Denize Cristina de Oliveira - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

End.: Bd. 28 de Setembro, 157 - 8o. andar - Vila Isabel - 20551-030 - Rio de Janeiro, RJ—Brasil - Tel: (021) 2868-8236

e-mail: dcouerj@gmail.com

*Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br- Telefone: (021) 2334-2180; (021) 2334-2180