








Representações e práticas de cuidado de profissionais de saúde às pessoas com HIV*

Representations and care practices of health professionals for people with HIV

Representaciones y prácticas de cuidado de profesionales sanitarios a las personas con VIH

Como citar este artigo:

Angelim RCM, Brandão BMGM, Marques SC, Oliveira DC, Abrão FMS. Representations and care practices of health professionals for people with HIV. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03478. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018017903478>

-  Rebeca Coelho de Moura Angelim¹
-  Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão¹
-  Sergio Corrêa Marques²
-  Denize Cristina de Oliveira²
-  Fátima Maria da Silva Abrão¹

* Extraído da dissertação: “Práticas profissionais de cuidado em saúde direcionadas às pessoas que vivem com HIV/Aids: um estudo de representações sociais”. Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Pernambuco/ Universidade Estadual da Paraíba, 2015.

¹ Universidade de Pernambuco, Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem, Recife, PE, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the social representations of health professionals regarding the care of people living with HIV. **Method:** A descriptive and exploratory study with a qualitative approach in light of the Theory of Social Representations, carried out with health professionals. The semi-structured interview technique was used, which was analyzed using the lexical content analysis technique. **Results:** Forty-six (46) professionals participated. The analyzed results reveal that the representations and care practices referred to by health professionals are technical, relational and organizational, ensuring the confidentiality of the diagnosis and taking care to develop embracement actions, provide guidance, clarification and emotional and psychological support, as well as being based on confidentiality, multi-professional care practice and addressing structural difficulties. **Conclusion:** It is important to encourage multiprofessional care for people living with HIV, so that professionals engage, develop critical thinking and are able to act in improving healthcare services.

DESCRIPTORS

HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Public Health Nursing; Professional Practice; Comprehensive Health Care.

Autor correspondente:

Rebeca Coelho de Moura Angelim
Rua Arnóbio Marques, 310
CEP 50100-130 – Santo Amaro, Recife, PE, Brasil
rebecangelim@hotmail.com

Recebido: 30/04/2018
Aprovado: 29/10/2018

INTRODUÇÃO

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), após a criação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids em 1986, obteve apoio técnico e financeiro no combate à discriminação e pelos direitos às pessoas afetadas⁽¹⁾, com importantes implicações para as políticas públicas e transformações nas práticas de cuidado em saúde de indivíduos que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)⁽²⁾. Tal fato favoreceu a ocupação de uma posição de vanguarda em potencial nos programas de prevenção do HIV e no manejo clínico dos pacientes por profissionais de saúde devidamente capacitados⁽³⁾.

Esse cenário social contribuiu para a formação de representações sociais e memórias de profissionais de saúde sobre os diversos aspectos acerca do contexto da Aids⁽²⁾. Dessa forma, é de grande valia construir tais representações por meio de teorias que objetivam explicar determinado fenômeno a partir de uma perspectiva coletiva, como a Teoria das Representações Sociais, para poder compreender o mundo⁽⁴⁾, principalmente quando se trata do fenômeno social da Aids, tendo em vista as transformações ocorridas durante a epidemia, tanto em relação à sua expansão como aos cuidados decorrentes dos avanços científicos.

A Teoria das Representações Sociais foi usada como referencial teórico, pela necessidade de identificar e compreender a construção do conhecimento compartilhado por profissionais de saúde sobre o fenômeno Cuidado de saúde, conforme vivenciado por esse grupo social. Dessa forma, com essa teoria, torna-se possível “entender o comportamento humano, em suas dimensões cognitivas, afetivas e sociais, contribuindo para a interpretação das práticas que cercam o ser humano, servindo de alicerce e instrumento para direcionar e facilitar as relações com o meio, as pessoas e o mundo social”⁽⁵⁾.

Considerando que as implicações do HIV/Aids nas pessoas que vivem com o vírus vão além do acometimento físico e biológico, afetando também o psicológico, o social e o econômico, torna-se imprescindível que a equipe multiprofissional esteja preparada para prestar um cuidado qualificado e humanizado a esses indivíduos⁽⁶⁾.

Além disso, os cuidados de profissionais de saúde que trabalham com pessoas vivendo com HIV (PVHIV) devem ser realizados à luz de comportamentos éticos⁽⁷⁾, sendo também importante incorporar esforços para evitar possíveis perdas no acompanhamento e lacunas nos cuidados prestados⁽⁸⁾.

A partir do exposto, foram delimitadas as seguintes questões norteadoras: Quais as práticas de cuidado realizadas por profissionais de saúde às PVHIV? Quais os conteúdos presentes nas representações sociais do cuidado às PVHIV desenvolvido por profissionais de saúde? “A justificativa situa-se na compreensão da transformação das práticas profissionais de cuidado que foram constituídas desde o início da epidemia do HIV/Aids até a atualidade”⁽⁹⁾. Assim, o estudo teve como objetivo analisar as representações sociais de profissionais de saúde acerca do cuidado das pessoas que vivem com HIV.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa

CENÁRIO

Foi desenvolvido em sete unidades de saúde, sendo seis Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) e um Centro de Aconselhamento e Testagem (CTA), que realizam atividades referentes ao Programa Nacional de DST/Aids no município de Recife, Pernambuco, Brasil.

POPULAÇÃO

Participaram deste estudo 46 profissionais de saúde atuantes em equipes de atendimento à pessoa com HIV. A composição do grupo estudado se deu por meio de convite a todos os profissionais atuantes nos serviços existentes na cidade de Recife, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e aceitação dos profissionais em participar do estudo. Os critérios de inclusão foram: profissionais de nível técnico e superior, desenvolvendo atividade profissional no campo da saúde a partir do início da epidemia de HIV/Aids (anos 1980); estar atuando no SAE ou CTA e desenvolvendo ações no Programa Nacional de DST/Aids há, pelo menos, 6 meses. Foram excluídos os profissionais que estivessem em licença ou férias no período da coleta de dados.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro de 2012 a fevereiro de 2014, empregando-se a técnica de entrevista semiestruturada orientada por um roteiro temático elaborado para a exploração das representações sociais do HIV/Aids e descrição das práticas de cuidado desenvolvidas desde o início da epidemia. As entrevistas tiveram em média 60 minutos de duração, foram gravadas, transcritas e organizadas para a análise de dados. Os participantes foram identificados pela letra “E” (entrevistado) e seu respectivo número, seguido da categoria profissional, preservando o anonimato dos sujeitos.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A análise de dados foi realizada com a técnica de análise lexical, auxiliada pelo *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), versão 4.10. Por meio dessas análises, foi possível desvelar as práticas de cuidado e os conteúdos representacionais acerca do HIV/Aids entre os profissionais de saúde.

O *software* gerou cinco classes temáticas, entretanto, para responder ao objetivo deste estudo, foram analisadas duas classes.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Complexo Hospitalar Hospital Universitário Oswaldo Cruz e Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco (HUOC/PROCAPE), sob o parecer

n. 2.623.235/18, respeitando as recomendações da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os participantes do estudo.

RESULTADOS

Participaram do estudo 46 profissionais da saúde. Os participantes eram, em sua maioria, do sexo feminino (76,1%), pertencentes à faixa etária de 41 a 50 anos (39,1%), de religião católica (43,5%), vivendo com companheiro (56,5%), com pós-graduação *lato sensu* (52,2%), com menos de 5 anos de formado (45,7%).

Quanto ao tempo de atuação no Programa de HIV/Aids, 20 (43,5%) atuavam havia menos de 5 anos, 15 (32,6%), entre 6 e 15 anos, e 23,9%, entre 16 e 25 anos. Em relação ao tempo de atuação com pessoas que vivem com HIV, 17 (36,95%) profissionais atuavam havia menos de 5 anos, 16 (34,8%), entre 6 e 15 anos, 11 (23,91%), entre 16 e 25 anos, e apenas dois indivíduos trabalhavam com pessoas soropositivas havia mais de 26 anos.

A partir do processo de identificação dos conteúdos discursivos, obtiveram-se as seguintes categorias temáticas: O atendimento aos indivíduos com HIV ao longo da epidemia e Acompanhamento das pessoas vivendo com HIV e o impacto do diagnóstico. A seguir serão apresentados os conteúdos discursivos de cada classe.

O ATENDIMENTO AOS INDIVÍDUOS COM HIV AO LONGO DA EPIDEMIA

Nesta categoria, é abordada a assistência prestada pelos profissionais de saúde, desde o início da epidemia nos serviços, conforme pode ser observado nas unidades de registro: *Tinha consulta de enfermagem, entrega de material, grupo de adesão* (E31, enfermeira).

Eu verificava pressão, eu dava banho, trocava fralda de paciente, fazia curativo, passava sonda. Todos os cuidados de enfermagem, naquela época, eram desenvolvidos por nós, auxiliar de enfermagem. Porque naquela época nós tínhamos uma enfermeira para todo o hospital (E13, auxiliar ou técnico de enfermagem).

Temos o acompanhamento psicológico, o acompanhamento odontológico, o acompanhamento ginecológico e o acompanhamento dos médicos, porque aqui temos infecto, reumato, alergo, imuno (E34, psicóloga).

Profissionais referem que o cuidado às PVHIV era e ainda é realizado por vários profissionais de saúde, envolvendo atividades diversas. Contudo, apesar de os serviços serem compostos de uma equipe multiprofissional, percebe-se que varia de serviço para serviço o modo como os profissionais interagem entre si para discutir os casos apresentados nos atendimentos.

Sempre há uma atualização diferente, na qual, como nós temos o contato, uma abertura de conversar com os médicos, com enfermeiro, então sempre eles quando podem, eles fazem uma atualização conosco, sentam, conversam (E37, auxiliar ou técnico de enfermagem).

Muito articulado e em conjunto a gente trabalha aqui. A equipe é fechada, é um setor fechado, a gente não roda de profissional, justamente por conta disso tem uma interação (E44, auxiliar ou técnico de enfermagem).

Estavam discutindo aquele caso e conduzindo, eu sinto falta disso aqui. Aqui, o modelo deveria ser realmente equipe de saúde neste sentido, que ela é multiprofissional e porque a gente tem enfermeiro, tem nutricionista, tem infectologista, tem ginecologista, tem psicólogo, tem assistente social, tem técnico de enfermagem (...) (E43, assistente social).

Percebe-se que a eficácia do cuidado também depende de fatores de natureza organizacional e política. Assim sendo, avaliam que quando a demanda para o atendimento é maior que a oferta, a assistência torna-se prejudicada, fazendo-se necessário uma reavaliação do poder público sobre os serviços ofertados.

Acho que os cuidados de saúde que prestamos na luz do conhecimento atual, e o que podemos prestar, é que eu acho que tem que melhorar, número de vagas, leito, hospitais interessados em trabalhar com HIV, número de equipe de saúde (E33, médica).

Gostaríamos de ter um serviço ambulatorial melhor, específico para os HIV positivo, porque o ambulatório daqui não é multiprofissional, e isso faz falta. E também a equipe de saúde está novamente integrada com estudo de caso e programas de palestras para estes HIV positivo, buscando resgatar sua autoestima e sua inserção na sociedade (...) (E28, nutricionista).

(...) não somos capazes de atender os que estão no serviço, imagina se fossem todos. Era a principal coisa, se você quer manter o atendimento, o acompanhamento, que este HIV positivo venha para o serviço, você tem que ter quem atenda, não é só o médico, o enfermeiro, o serviço se adaptar à necessidade. (E20, médica).

Nota-se a preocupação com a autoestima e inserção social dos indivíduos que vivem com HIV/Aids e a necessidade de uma equipe multiprofissional suficiente para atender a toda a demanda de pacientes, resultando na melhoria da assistência.

ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV E O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO

Visando a uma melhor compreensão desta categoria, serão descritos a seguir dois grupos temáticos: O diagnóstico do HIV e as implicações nas relações sociais e para o cuidado e A dinâmica do cuidado nas consultas de rotina.

O primeiro grupo temático retrata a questão do diagnóstico de soropositividade ao HIV, perpassando a questão das orientações dos profissionais de saúde e a relação da família. Sobre a família, os participantes expõem que ainda existe o receio de algumas PVHIV em revelar seu diagnóstico às pessoas de seu convívio social, em especial aos seus familiares, conforme pode ser observado nas falas a seguir:

Normalmente, quando o HIV positivo entra e eu pergunto: — O senhor deseja que seu acompanhante fique? Porque às vezes ele quer contar alguma coisa que ele não quer que a família saiba, então, geralmente eles vêm acompanhados de alguém, a não ser aquele HIV positivo que não quer que a família saiba (...) (E15, enfermeira).

A família não sabe. Então, já chegam para nós para dizer: — Fulano não pode saber, porque minha família não vai gostar, então respeitamos esse lado dele (E37, auxiliar ou técnico de enfermagem).

Quando é um HIV positivo que ele abre em relação à família, ele diz: — Na minha família tal pessoa tem conhecimento, ela vai passar a me acompanhar nas consultas (E4, assistente social).

Eles vêm com a família, e a gente sempre está ali por perto. Nós vemos sempre a família por perto e o que eles precisam, eles perguntam (E10, auxiliar ou técnico de enfermagem).

Neste contexto, emergiu nas entrevistas a questão do sigilo acerca da sorologia do HIV por tratar-se de um direito do indivíduo e que envolve não apenas os profissionais de saúde, mas também os familiares e/ou acompanhantes.

Dentro de casa, ninguém sabe da família dele, ele vem e então às vezes a gente precisa entrar em contato com o HIV positivo, nós nunca nos identificamos quando a gente liga para o HIV positivo (E15, enfermeira).

(...) se ele quiser que ninguém saiba, esse direito é preservado (E14, auxiliar ou técnico de enfermagem).

Ainda no âmbito do diagnóstico do HIV, percebe-se a preocupação dos profissionais quanto à realização da testagem sorológica, prestação do acolhimento, aconselhamento pré-teste, revelação do diagnóstico, aconselhamento pós-teste, orientações e esclarecimentos acerca da doença e do que o serviço oferece.

Se o usuário chega, ele é bem atendido lá na recepção, depois vai para o aconselhamento. O auxiliar de enfermagem vai atender, vai dar esse acolhimento. Depois ele vai lá para minha sala, eu vou fazer a coleta e ele se sente seguro, ele sente que vai ter um diagnóstico, ele precisa confiar no serviço (E14, auxiliar ou técnico de enfermagem).

Você vai fazer toda essa orientação, e é trabalho de formiguinha de explicar, toda vez que vem, tem dúvida, a gente explica de novo, e então aqui é principalmente o acolhimento, a orientação do que o setor oferece para ele (E15, enfermeira).

Quanto ao segundo grupo temático, os participantes abordaram as consultas médicas de rotina para acompanhamento e avaliação do quadro clínico, emocional e psicológico do paciente. Observa-se nas falas que se trata de um momento em que o profissional proporciona ao seu cliente um maior conforto e busca estabelecer uma relação de confiança, para que este se sinta à vontade para expor suas dificuldades e angústias.

Nós informamos sobre o diagnóstico, nós acolhemos o que vier do usuário, o que vier de sentimento, desconforto, revolta, dúvidas, às vezes vem muito sentimentos de culpa (E16, psicóloga).

Assegurar o mínimo para que ele possa ter condição de realizar o tratamento. A gente tem recebido muitos HIV positivos que deixam de tomar a medicação porque não tiveram como vir, não tiveram transporte para chegar até a unidade para pegar a medicação, não puderam vir para consulta (E7, assistente social).

A gente é o facilitador do HIV positivo. Às vezes ele não está com a consulta médica marcada, precisa de alguma coisa do médico, vem aqui, a gente é meio que a ponte para ele, às vezes ele chega

aqui, não se queixa de coisa alguma, mas a gente na consulta de enfermagem já visualiza e agenda ele (E15, enfermeira).

Para mim tratamento é isso, é desde o acolhimento, na hora que a pessoa chega com o teste na mão, e está lá reagente, e é bem acolhido, e a gente tenta fazer este acolhimento da melhor forma possível, para mim isto é processo de tratamento (E13, assistente social).

Observa-se que os atendimentos dos profissionais de saúde às PVHIV, seja no momento do diagnóstico, seja nas consultas de rotina, incorporam, além da orientação, a escuta ativa, o suporte e apoio emocional, havendo um estímulo em relação ao cuidado relacional. Nesse contexto, busca-se proporcionar um momento de conforto regido de uma relação de confiança e de sigilo, respeitado de acordo com a vontade do paciente, contando ainda com a participação e apoio dos amigos e familiares, que são de grande valia nesse processo de adesão ao tratamento. Percebe-se, ainda, que no âmbito do cuidado às PVHIV há uma forte preocupação com a adesão ao tratamento, especialmente no que tange à terapia medicamentosa.

Constata-se uma ampliação das ações de cuidado, principalmente com o uso de tecnologias leve-duras e leves, dirigidas ao fortalecimento da relação entre a clientela do serviço e os profissionais de saúde.

Os profissionais identificam na sua prática assistencial algumas dificuldades nos atendimentos e, também, observam aquelas vivenciadas pelos pacientes no enfrentamento da doença.

Isso demanda um cuidado de saúde, um horário de atendimento maior para você poder se dedicar mais àquele HIV positivo, para você poder conversar, orientar, às vezes, até uma sala para fazer uma palestra (E26, dentista).

Porque você sabe que uma consulta de enfermagem de primeira vez é extensa. E, por falta de recursos humanos, deixa de fazer as coisas, vai faltando e vamos nos virando (E31, enfermeira).

Ela precisa de cd4, carga viral a cada 3 meses, e como é que ela consegue fazer isso? Se o exame é de 2 em 2 meses (E33, médico).

Depois de confirmado o diagnóstico, o paciente ainda tem uma dificuldade imensa para poder adequar a carga viral, e dosagem de cd4. São resultados que demoram 2 meses, ou mais, para ficarem prontos. Isso tudo pode ser decisivo (E18, auxiliar ou técnico de enfermagem).

Mas o que eu percebo com os HIV positivos que chegam de outro serviço é que eles não têm cd4, carga viral no tempo adequado (E33, médico).

A gente precisa ter mais tempo para eles, porque eles vêm com mais angústia, eles precisam entender que estão ali, que têm uma doença e têm que tratar, como um diabético que tem uma doença e tem que tratar, como um hipertenso (E46, nutricionista).

Falta mais tempo, as pessoas precisam ter mais tempo em seus consultórios para atender a pessoa humana que vai entrar na sua sala (E1, assistente social).

Lógico que a gente sempre fica pedindo uma sala e, às vezes, não tem uma sala, tem sempre alguém usando. E às vezes elas pedem

para a pessoa que está lá sair, para que a gente atenda o HIV positivo, e às vezes não pode (E11, enfermeiro).

Dentre as dificuldades encontradas, destacam-se as características estruturais e organizacionais dos serviços, observando-se um *deficit* de área física para atendimento da demanda, dificuldade na obtenção dos resultados dos exames de cd4, o tempo limitado das consultas e a necessidade de aprimoramento das tecnologias. Observa-se, ainda, a necessidade de ampliação da equipe, com a contratação de profissionais capacitados para atuar nesses serviços especializados, no planejamento e na gestão.

DISCUSSÃO

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. A interpretação de um objeto deve ser mensurada no momento que ele emerge na esfera social, facilitando, portanto, a abordagem representacional que o caracteriza como não familiar⁽⁴⁾.

O fenômeno do HIV/Aids tem uma evolução representacional já identificada por alguns autores⁽²⁾, sendo importante compreendê-lo sob o enfoque psicossocial, uma vez que o conteúdo subjetivo e as construções de saber coletivo são valorizados, levando em consideração os significados que os atores dão à sua prática⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, um primeiro aspecto da representação social do cuidado prestado pelos profissionais de saúde evidencia uma prática assistencial de natureza multiprofissional, podendo estar associada a essa prática uma dimensão afetivo-relacional. Esse cuidado realizado pelos profissionais comporta uma dimensão técnica e uma dimensão relacional, mas também coexiste uma prática de interação e compartilhamento de ações entre os profissionais, para que o cuidado do paciente e da família ocorra de forma integral.

Nesse sentido, estudos revelam que para profissionais de saúde o significado do cuidado das PVHIV se estabelece dentro de um processo de interação social. Logo, sofre influência de conceitos, sentidos e símbolos que esses profissionais trazem do seu contexto social⁽¹¹⁻¹²⁾.

Os conteúdos representacionais identificados parecem estar mais associados à composição diversificada da equipe do que à interação e articulação entre seus membros. Sobre este aspecto, vale ressaltar que é relevante incentivar a articulação de ações entre a equipe, permitindo a integração dos saberes profissionais diante das necessidades individuais e coletivas.

No contexto do cuidado da pessoa que vive com HIV não se recomenda observar apenas os aspectos físicos ou biológicos presentes na síndrome, haja vista que é uma condição que mobiliza e interfere em outras esferas da vida cotidiana, como aspectos sociais, comportamentais e espirituais que afetam seu equilíbrio⁽¹⁰⁾.

Desta forma, a atuação multiprofissional deve estar apoiada em uma prática na qual os profissionais atuem em

conjunto, objetivando atingir o cuidado integral da clientela. Para tal, sugere-se a formação de grupos de apoio para promover uma aproximação entre equipe de saúde e usuários do sistema, levando-os a uma integração geral e permitindo o entendimento quanto a determinados problemas vivenciados pelos indivíduos⁽¹³⁾. Além do mais, com a terapia antirretroviral, as demandas nos serviços ambulatoriais de HIV aumentaram, provavelmente devido ao aumento da expectativa de vida das PVHIV, sendo necessário promover um planejamento na prestação desses serviços⁽¹⁴⁾.

Compreende-se que o processo de cuidado pode ser potencializado por um “relacionamento terapêutico regido pela confiança e pelo apoio emocional estabelecido pelo profissional, de modo a atuar como suporte em meio a conflitos vivenciados pelo paciente diante da condição de soropositividade”⁽¹⁵⁾.

Sendo assim, sabendo-se que o processo de cuidado implica a superação do modelo tecnicista, as representações sociais da assistência se constituem de forma complexa, tendo em vista que esses profissionais lidam com angústias, temores e incertezas que permeiam o processo de adocimento⁽¹⁵⁾.

Ao longo da epidemia, é notório perceber a assiduidade, atenção, cuidado, cautela e preocupação dos profissionais durante o cuidado às PVHIV, desmistificando a proximidade da morte e considerando a Aids como uma condição crônica, que necessita de uma atenção integral e constante. Nesse sentido, estudos internacionais também revelam que o HIV está sendo considerado algo crônico, evoluindo de uma infecção com risco de vida para uma condição administrável em longo prazo devido aos avanços da medicina, mudanças radicais nas políticas de saúde e assistência social e ao impacto do envelhecimento da população, sendo vitais a detecção precoce e o encaminhamento para o tratamento⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

É fundamental perceber a importância dos gestores incorporarem o uso de tecnologias dura e leve-dura nos serviços visando reduzir suas falhas estruturais, tais como, grande quantitativo de pacientes, falta de protocolos gerenciais, fragilidade no funcionamento do serviço de referência e contrarreferência e carência de profissionais⁽¹⁸⁾. Assim, afirmar que o cuidado representa “dificuldade” quer expressar que o resultado das ações não são os desejáveis ou que o cuidado não pode ser executado em sua plenitude, em decorrência de políticas públicas inadequadas ou de problemas estruturais, como falta de pessoal, de insumos e de organização do processo de trabalho. Tais políticas são de natureza normativa, na medida em que espelham situações de caráter político e institucional em cujas esferas os profissionais não têm poder de interferência.

Dessa forma, torna-se necessário oferecer um serviço com acesso equitativo aos cuidados de saúde, utilizando principalmente tecnologias leves que possam contribuir para o reconhecimento de um mundo da saúde construído individual, social e politicamente, a fim de garantir aceitabilidade do serviço no contexto do HIV⁽¹⁹⁾. Sendo assim, no cuidado de PVHIV os profissionais necessitam incorporar tecnologia leve, que se refere às relações de comunicação, vínculo e acolhimento para assistir o paciente sob uma

perspectiva holística e complexa, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida, estando atentos aos preceitos éticos e legais, resguardando o sigilo de informações e respeitando sua dignidade⁽²⁰⁾.

Em se tratando do diagnóstico do HIV, cabe lembrar que, desde o início da epidemia, a soropositividade para o HIV é carregada de estigma e geradora de preconceitos, alguns dos fatores que propiciam o ocultamento do diagnóstico na esfera social do indivíduo. Estudos evidenciaram que o fato de a doença constituir um tabu para diversos grupos sociais obriga as pessoas a enfrentar desafios psicossociais e emocionais que interferem no processo de revelação e aceitação do diagnóstico, optando pelo sigilo⁽²¹⁻²³⁾.

Manter, portanto, essa condição de ocultamento faz com que muitos pacientes deixem de procurar atendimento e acompanhamento em serviços de saúde próximos a sua residência ou sua cidade, na medida em que esses serviços constituem um local de convívio social com pessoas conhecidas, dificultando o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, propiciando na descontinuidade do cuidado. Percebe-se, portanto, que a representação social acerca do diagnóstico de soropositividade ao HIV é permeada pelo sigilo e isolamento das pessoas com HIV, que podem estar associados ao medo de preconceito e atitudes discriminatórias dos demais indivíduos, se revelada a sua condição sorológica a pessoas mais próximas do seu convívio.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu inferir que os conteúdos das representações sociais do cuidado se fundamentam nas dimensões assistencial, gerencial, política e social, priorizando o uso de tecnologias leves em detrimento de tecnologias duras e leve-duras. Os resultados demonstram a importância de uma equipe multiprofissional capacitada, além da necessidade de condições estruturais e organizacionais para a prestação de cuidados às PVHIV, visando atender às diferentes necessidades de atenção da clientela.

No que tange ao sigilo do diagnóstico por parte do profissional, vale ressaltar que se trata de uma conduta determinada por questões éticas, ou seja, é de natureza normativa, e não uma decisão de caráter pessoal. Em se tratando das ações de acolhimento, orientação e apoio, referidas enquanto conteúdos representacionais do cuidado, constatou-se que são de natureza funcional, visto que seus conteúdos são aqueles referentes à ação direta dos profissionais sobre as demandas e necessidades dos usuários, que neste estudo evidenciaram ter dimensões afetivas, relacionais e de orientação mais efetivas.

Dessa forma, os resultados apontam a importância de estimular o cuidado multiprofissional às pessoas que vivem com HIV, de forma que os profissionais se engajem nos cuidados prestados, desenvolvendo um pensamento crítico, para que sejam capazes de identificar falhas e atuar na melhoria dos serviços, sempre prezando pelo sigilo, apoio e qualidade da assistência.

RESUMO

Objetivo: Analisar as representações sociais de profissionais de saúde acerca do cuidado de pessoas vivendo com HIV. **Método:** Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, à luz da Teoria das Representações Sociais, realizado com profissionais de saúde. Utilizou-se da técnica de entrevista semiestruturada, a qual foi analisada por meio da técnica de análise de conteúdo lexical. **Resultados:** Participaram 46 profissionais. Os resultados analisados revelam que as representações e as práticas de cuidado referidas pelos profissionais de saúde são de ordem técnica, relacional e organizacional, assegurando o sigilo do diagnóstico e preocupando-se em desenvolver ações de acolhimento, fornecer orientações, esclarecimentos e apoio emocional e psicológico, além de se basear no sigilo, na prática assistencial de natureza multiprofissional e no enfrentamento das dificuldades estruturais. **Conclusão:** É importante estimular o cuidado multiprofissional às pessoas que vivem com HIV, de forma que os profissionais se engajem, desenvolvam pensamento crítico e sejam capazes de atuar na melhoria dos serviços.

DESCRITORES

HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Enfermagem em Saúde Pública; Prática Profissional; Assistência Integral à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las representaciones sociales de profesionales sanitarios acerca del cuidado a las personas que viven con el VIH. **Método:** Estudio descriptivo y exploratorio, de abordaje cualitativo, a la luz de la Teoría de las Representaciones Sociales, llevado a cabo con profesionales sanitarios. Se recogieron los datos mediante entrevista con guión semiestructurado, los que se analizaron según la Técnica de Análisis de Contenido. **Resultados:** Participaron 46 profesionales. Los resultados analizados desvelan que las representaciones y las prácticas de cuidado referidas por los profesionales sanitarios son de orden técnico, relacional y organizativo, asegurando el sigilo del diagnóstico y preocupándose por desarrollar acciones de acogida, proporcionar orientaciones, aclaraciones y apoyo emotivo y psicológico, además de basarse en el sigilo, la práctica asistencial de naturaleza multiprofesional y el enfrentamiento de las dificultades estructurales. **Conclusión:** Es importante estimular el cuidado multiprofesional a las personas que viven con VIH, de modo a que los profesionales se involucren, desarrollen pensamiento crítico y sean capaces de actuar en la mejoría de los servicios.

DESCRIPTORES

VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Enfermería en Salud Pública; Práctica Profesional; Atención Integral de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Monteiro AL, Villela WV. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. Rev Psicol Política [Internet]. 2009 [citado 2018 jul. 24];9(17):25-45. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v9n17/v9n17a03.pdf>
2. Oliveira DC. Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2018 Apr 09];21(n.sp.e):276-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/34.pdf>

3. Doda A, Negi G, Gaur DS, Harsh M. Human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome: a survey on the knowledge, attitude, and practice among medical professionals at a tertiary health-care institution in Uttarakhand, India. *Asian J Transfus Sci* [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 09];12(1):21-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5850693/>
4. Moscovici S. *Representações sociais: investigação em psicologia social*. 11ª ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
5. Martinez EA, Souza SR, Tocantins FR. As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e enfermagem. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2018 out. 02];30(1):101-7. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105224287013.pdf>
6. Vreeman RC, Scanlon ML, McHenry MS, Nyandiko WM. The physical and psychological effects of HIV infection and its treatment on perinatally HIV-infected children. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 09];18(Suppl 6):20258. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4670835/>
7. Huang H, Ding Y, Wang H, Khoshnood K, Yang M. The ethical sensitivity of health care professionals who care for patients living with HIV infection in Hunan, China: a qualitative study. *J Assoc Nurses AIDS Care* [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 09];29(2):266-74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5816692/>
8. Rebeiro PF, Bakoyannis G, Musick BS, Braithwaite RS, Woos-Kaloustian KK, Nyandiko W, et al. Observational study of the effect of patient outreach on return to care: the earlier the better. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 09];76(2):141-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5597469/>
9. Pereira FW, Fonseca AD, Oliveira DC, Fernandes GFM, Marques SC. Transformação das práticas profissionais de cuidado diante da AIDS: representações sociais dos profissionais de saúde. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [citado 2018 out. 02];23(4):455-60. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15175/14236>
10. Leal NSB, Coêlho AEL. Representações sociais da AIDS para estudantes de psicologia. *Fractal Rev Psicol* [Internet]. 2016 [citado 2018 abr. 10];28(1):9-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v28n1/1984-0292-fractal-28-1-0009.pdf>
11. Porto TSAR, Silva CM, Vargens OMC. Caring for women with HIV/AIDS: an interactionist analysis from the perspective of female healthcare professionals. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 10];35(2):40-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n2/1983-1447-rgenf-35-02-00040.pdf>
12. Formozo GA, Oliveira DC. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2018 jul. 25];63(2):230-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/10.pdf>
13. Lemos TSA, Pereira ER, Costa DC, Silva RMCRA, Silva MA, Oliveira DC. Atuação do profissional de saúde junto à família com HIV/AIDS. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2018 abr. 11];32(4):126-37. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n4/enf08416.pdf>
14. Brennan A, Morley D, O'Leary AC, Bergin CJ, Horgan M. Determinants of HIV outpatient service utilization: a systematic review. *AIDS Behav*. 2015;19(1):104-19. DOI: 10.1007/s10461-014-0814-z
15. Macêdo SM, Sena MCS, Miranda KCL. Consulta de enfermagem no ambulatório de HIV/AIDS: a percepção dos usuários. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2018 abr. 11];33(3):52-7. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/22500/21944>
16. Jelliman P, Porcellato L. HIV is now a manageable long-term condition, but what makes it unique? A qualitative study exploring views about distinguishing features from multi-professional HIV specialists in north west England. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2017;28(1):165-78. DOI: 10.1016/j.jana.2016.09.008
17. Leidel S, Wilson S, McConigley R, Boldy D, Girdler S. Health-care providers' experiences with opt-out HIV testing: a systematic review. *AIDS Care*. 2015;27(12):1455-67. DOI: 10.1080/09540121.2015.1058895
18. Oliveira RM, Silva LMS, Pereira MLD, Moura MAV. Pain management in patients with AIDS: analysis of the management structure of a reference hospital. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2018 Apr 12];47(2):448-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200026&script=sci_arttext&tlng=en
19. Fried J, Harris B, Eyles J, Moshabela M. Acceptable care? Illness constructions, healthworlds, and accessible chronic treatment in South Africa. *Qual Health Res* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 12];25(5):622-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4390520/>
20. Vasconcelos MF, Costa SFG, Batista PSS, Lopes MEL. Palliative care for HIV/AIDS patients: ethical observance by nurses. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 12];24(2):e26409. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26409/23447>
21. Gonçalves TR, Piccinini CA. Contribuições de uma intervenção psicoeducativa para o enfrentamento do HIV durante a gestação. *Psicol Teor Pesq* [Internet]. 2015 [citado 2018 abr. 13];31(2):193-201. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n2/0102-3772-ptp-31-02-0193.pdf>
22. Hoffmann M, McCarthy S, Batson A, Crawford-Roberts A, Rasanathan J, Nunn A, et al. Barriers along the care cascade of HIV-infected men in a large urban center of Brazil. *AIDS Care* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 13];28(1):57-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5082135/>
23. Arrey AE, Bilsen J, Jacor P, Deschepper R. "It's My Secret": fear of disclosure among Sub-Saharan African migrant women living with HIV/AIDS in Belgium. *PLoS One* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 13];10(3):0119653. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4362755/>



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.