

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Angélica Aparecida Amarante Terra

**Representações sociais dos enfermeiros da atenção primária à saúde sobre as
práticas preventivas de IST/aids**

Juiz de Fora

2013

Angélica Aparecida Amarante Terra

Representações sociais dos enfermeiros da atenção primária à saúde sobre as práticas preventivas de IST/aids

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Girlene Alves da Silva

Juiz de Fora

2013



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM ENFERMAGEM



TERMO DE APROVAÇÃO

Título da dissertação: Representações sociais dos enfermeiros da atenção primária à saúde sobre as práticas preventivas de IST/aids

Discente: Angélica Aparecida Amarante Terra

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Girlene Alves da Silva

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 29/07/2013

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Girlene Alves da Silva – Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a. Elisabete Pimenta Araújo Paz – 1^o examinador
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Geovana Brandão Santana Almeida – 2^o examinador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a. Zuleyce Maria Lessa Pacheco – Suplente
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a. Maria da Consolação Magalhães – Suplente Externo
Prefeitura Municipal de Juiz de Fora

*Dedico este estudo aos meus pais, Addson Nantes
Terra e Laura de Souza Amarante, pelo apoio,
perseverança, dedicação, amor e fé em
Deus, que são marcas indeléveis
da presença deles
em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Há momentos que temos que parar, olhar para trás e enxergar os degraus que a vida nos levou a alcançar. Hoje estou findando mais uma etapa no caminho da construção do conhecimento. Esta Dissertação de Mestrado representa um marco importante na minha vida, o término de um ciclo de formação durante o qual aprendi a crescer em termos de conhecimento e maturidade.

Seria injusto dizer que esse trabalho é obra apenas minha. Sua realização só se concretizou com a colaboração de várias pessoas. Ao longo desse caminho, muitos estiveram presentes, direta ou indiretamente, incentivando, apoiando e compartilhando saberes. Assim, gostaria de deixar registrado meu reconhecimento e agradecimento a todos.

A Deus, pelas bênçãos em minha vida. Nos momentos de angústias e conquistas me deu forças para continuar a caminhada e não desistir. Obrigada, Senhor, por todas as graças concedidas diariamente em minha vida!

Aos meus amados e queridos pais, *Addson e Laura*, que são meu alicerce. Souberam me ouvir e entender nos momentos mais difíceis durante essa trajetória, até sem palavras, mas com a força e a perseverança que carregarei por toda minha vida. Mesmo na distância, sempre partilharam este caminhar. Nas madrugadas frias, souberam me acalantar e diante de sua senescência dividiram comigo os sofrimentos e as glórias.

Ao meu pequeno (grande) irmão Ricardo Anderson, pelo carinho incondicional e pela paz de seu sorriso.

Ao grande meu amor, Renato Marcos de Souza, que se juntou nesta caminhada já iniciada e soube gentilmente respeitar meus momentos de ausência, sempre com uma palavra de incentivo, quando precisei dedicar meu tempo ao estudo, à reflexão e à escrita. Você é, sem sombra de dúvida, o companheiro que quero partilhar todos os momentos da minha vida, pois me fortifico ao teu lado.

Aos mestres que caminharam ao meu lado, direta ou indiretamente:

Minha gratidão especial à Prof^a. Dr^a. Girlene Alves da Silva, minha orientadora e, sobretudo, uma querida e grande amiga. Com sua dedicação, perspicácia, sensibilidade e carinho, iluminou esta caminhada. Obrigada, Gigi, por muitas vezes, deixar de lado seus momentos de descanso e afeto com o anjo que chegou em sua vida, o Francisco, para me ajudar e orientar. E, principalmente, obrigada por sempre ter acreditado e depositado sua confiança em mim ao longo desses anos de trabalho e dedicação. Sem sua orientação, apoio, confiança e amizade, não somente neste trabalho, mas em todo caminho percorrido até aqui, nada disso seria possível.

À Prof^a. Dr^a. Iêda Maria Ávila Vargas Dias, amiga e segunda mãe, mesmo na ausência sempre esteve presente em meus pensamentos durante a construção desse trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena, coordenadora do curso de pós-graduação, que sempre tem a palavra correta mesmo no momento que não queríamos ouvir. Pelo mais singelo e verdadeiro conselho que me ofertou durante um processo seletivo que carregou por toda minha vida, meus sinceros agradecimentos.

À Prof^a. Dr^a. Elisabete Pimenta Araújo Paz, à Prof^a. Dr^a. Geovana Brandão Santana e à Prof^a. Dr^a. Zuleyce Maria Lessa Pacheco, pelos comentários, sugestões e orientações preciosas durante o processo de avaliação do mestrado e por terem aceitado, prontamente, compor a banca examinadora.

Aos demais professores do Programa de Mestrado em Enfermagem da FACENF-UFJF que trouxeram ricas exposições nas disciplinas para engrandecer minha dissertação.

À Jorbênia Cristina Alves Viana, primeira e única secretária do mestrado que carregarei no meu coração. Obrigada pelos momentos de longos conselhos neste caminho. Mesmo no incômodo você se confortava com meus extensos diálogos.

Aos amigos do Mestrado, em especial, Thaís Vasconcelos Amorim, Rúbia Mara Ribeiro e Gustavo de Mello Duarte, pelas conversas descontraídas e palavras de incentivo.

Um agradecimento especial à Valesca Nunes dos Reis pelo carinho e atenção sempre que me foi necessário. Obrigada pelos momentos de dedicação e ajuda, os 31 livros que me emprestou direcionaram esta caminhada. Minha mãe também te guarda no coração, gata garota!

Ao Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem, pela gentileza em atender ao meu pedido e compreender minhas necessidades.

À CAPES, pela bolsa, que me foi essencial.

Aos meus alunos e colegas da IMPACTO e, mais recentemente, do SENAC pelo estímulo.

Aos enfermeiros da rede de atenção básica em saúde de Juiz de Fora que gentilmente aceitaram participar das entrevistas.

Enfim, a tudo e a todos que estiveram ao meu lado e que de alguma forma me acompanharam nesta caminhada para o sucesso.

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

Cora Coralina

RESUMO

Com o avanço de estratégias que favorecem a redução da transmissibilidade das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e da aids no mundo, a saúde pública representa uma alternativa para o desenvolvimento de práticas preventivas relacionadas à essa temática. Assim, com vistas a contribuir para a problematização do discurso e para a efetivação de práticas preventivas na abordagem das IST/aids, esta pesquisa teve como objetivos: caracterizar as representações sociais dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre as práticas preventivas na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids, e analisar as relações entre as representações sociais dos enfermeiros sobre as práticas preventivas das IST/aids e as estratégias desenvolvidas por esses profissionais para reduzir a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. De abordagem qualitativa, o trabalho orientou-se pelo referencial teórico-filosófico da Teoria das Representações Sociais. Foram entrevistados 32 enfermeiros que trabalham na rede de atenção básica em saúde em unidades de Estratégia Saúde da Família do município de Juiz de Fora – MG. Os discursos foram analisados à luz da análise de conteúdo temática proposta por Bardin. Da análise dos depoimentos emergiram três categorias: *prática profissional do enfermeiro na atenção básica em saúde*; *práticas preventivas de IST/aids: as representações dos enfermeiros da atenção básica em saúde e fatores que dificultam as práticas preventivas do enfermeiro na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids*. A partir da análise das categorias, observa-se a necessidade assegurar o desenvolvimento de atividades que favoreçam ações mais resolutivas para a redução da vulnerabilidade às IST/aids. É válido destacar os obstáculos que esses profissionais estão expostos, o que denota o impedimento de atividades relacionadas às práticas preventivas de IST/aids, como questões administrativas, profissionais e populacionais. A partir de uma postura crítico-reflexiva, as representações dos enfermeiros da atenção básica em saúde sobre as práticas preventivas de IST/aids evidenciam a urgência de mobilização desses profissionais e seus gestores no sentido de integrar suas ações no direcionamento de práticas embasadas no modelo de promoção da saúde para que contribuíssem na redução da vulnerabilidade dessas doenças.

PALAVRAS-CHAVE: Prática profissional. Vulnerabilidade. Atenção Básica em Saúde. Enfermeiro. Infecções Sexualmente Transmissíveis.

ABSTRACT

Considering widespread strategies to reduce the transmission of sexually transmitted infections (STIs) and AIDS in the world, public health begins to play a role as an important alternative to the development of prevention practices concerning this issue. Therefore in order to serve as a contribution to consider the implications of speech and the accomplishment of prevention practices in STI/AIDS approach, this study tries to reach these goals: to define social representations of nurses on Family Health Strategy regarding prevention practices in primary health care considering STI/AIDS approach and to analyze the relationships between social representations of nurses about STI/AIDS prevention practices and also the strategies developed by these professionals focusing the reduced vulnerability to HIV infection. This study employs a qualitative approach and it was based on Social Representation Theory as a theoretical and philosophical framework. Thirty-two nurses working in primary health care system which provides Family Health Strategy in Juiz de Fora - MG were interviewed. Speeches were organized following thematic content analysis technique proposed by Bardin. Three categories emerged from the interviews: *professional nursing practice in primary health care, STI/AIDS prevention practices: nurses' representations in their primary health care practice and effective determinants in nurses' prevention practices considering primary health care in STI/AIDS approach*. It is highlighted from the analysis of categories this need to provide the development of activities promoting more effective intervention to reduce vulnerability to STI/AIDS. It is worthwhile emphasizing some obstacles that nurses have to face, representing difficulties imposed on actions related to STI/AIDS prevention practices such as administrative, professional and population issues. From a critical and reflexive view, representations of nurses in primary health care about STI/AIDS prevention practices show up how urgent it is the mobilization of nurses and managers in order to integrate their actions towards practices based on health promotion model aiming at reducing the vulnerability of these diseases.

KEYWORDS: Professional practice. Vulnerability. Primary Health Care. Nurse. Sexually Transmitted Infections.

RESUMEN

Con el avance de estrategias que favorecen la reducción de la transmisibilidad de las infecciones sexualmente transmisibles (IST) y del SIDA en el mundo, la salud pública pasa a representar una alternativa considerable para el desarrollo de prácticas preventivas relacionadas a esa temática. Así que, con vista a contribuir para la problematización del discurso y la efectuación de prácticas preventivas en el abordaje de las IST/SIDA, esta investigación tuvo como objetivos: caracterizar las representaciones sociales de los enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia sobre las prácticas preventivas en la atención primaria en salud en el abordaje de las IST/SIDA y, analizar las relaciones entre representaciones sociales de los enfermeros sobre las prácticas preventivas de las IST/SIDA y las estrategias desarrolladas por ese profesional para reducir la vulnerabilidad a la infección por el SIDA. De abordaje cualitativo, el trabajo se desarrolló orientado por el referencial teórico-filosófico de la Teoría de las Representaciones Sociales. Fueron entrevistados 32 enfermeros que trabajan en la red de atención primaria en salud cubierta por la Estrategia Salud de la Familia del municipio de Juiz de Fora – MG. Los discursos fueron organizados a la luz del análisis de contenido temático propuesto por Bardin. Del análisis de las declaraciones emergieron tres categorías: *práctica profesional del enfermero en la atención primaria en salud; prácticas preventivas de IST/SIDA: las representaciones de los enfermeros de la atención primaria en salud y, factores influyentes en las prácticas preventivas del enfermero en la atención primaria en salud en el abordaje de las IST/SIDA*. A partir del análisis de las categorías, se observa la necesidad de asegurar el desarrollo de actividades que favorezcan acciones más resolutivas para la reducción de la vulnerabilidad a las IST/SIDA. Es válido señalar los escollos a que esos profesionales se exponen, que denotan el impedimento de actividades relacionadas a las prácticas preventivas de IST/SIDA, como cuestiones administrativas, profesionales y poblacionales. Desde una postura crítico-reflexiva, las representaciones de los enfermeros de la atención primaria en salud sobre las prácticas preventivas de IST/SIDA evidencian la urgencia de movilización de esos profesionales y de sus gestores de modo a integrar sus acciones en la dirección de prácticas basadas en el modelo de promoción de la salud para que contribuyan con la reducción de la vulnerabilidad de esas enfermedades.

PALABRAS CLAVE: Práctica profesional. Vulnerabilidad. Atención primaria en salud. Enfermero. Infecciones sexualmente transmisibles.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ACS	Agente comunitário de saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ARV	Antirretrovirais
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CIPESC	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDST/Aids	Coordenação Nacional de DST/Aids
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DVE	Departamento de Vigilância Epidemiológica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GDR	Grupo de Direitos Reprodutivos
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HTLV	<i>Human T lymphotropic virus</i> (vírus T linfotrópico humano)
ICN	<i>International Council of Nursing</i>
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde

PACS	Programa de agentes comunitários de saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PGA	Programa Global de AIDS
PMJF	Prefeitura Municipal de Juiz de Fora
PN-DST/Aids	Programa Nacional de DST/Aids
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SNPES	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
SNS	Secretaria Nacional de Saúde
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SSDA	Secretaria de Saneamento e Desenvolvimento Ambiental
SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UDI	Usuário de drogas injetáveis
UNAIDS	<i>Uniting the World against AIDS</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Denominações do PN-DST/Aids entre 1987 e 1997	30
Quadro 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa	49

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZANDO O TEMA EM ESTUDO	15
2	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E A AIDS: revisando a história	26
3	PERCURSO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO	36
3.1	A Teoria das Representações Sociais	36
3.2	O método de estudo escolhido	43
3.3	O campo de estudo	43
3.4	Os participantes da pesquisa	44
3.5	O processo de coleta de dados	45
3.6	A organização dos dados para análise	46
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS DO ESTUDO	49
4.1	Caracterização dos sujeitos da pesquisa	49
4.2	Apresentando as categorias	51
4.2.1	Prática profissional do enfermeiro na Atenção Básica em Saúde	52
4.2.1.1	A prática autônoma do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família	52
4.2.1.2	A sobrecarga de trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família	55
4.2.1.3	Valorização e incentivo profissional	57
4.2.1.4	A relevância da equipe na Estratégia Saúde da Família sob a ótica do enfermeiro	61
4.2.2	Práticas preventivas de IST/aids: as representações dos enfermeiros da atenção básica em saúde	69
4.2.2.1	A prática educativa na prevenção das IST/aids	69
4.2.2.2	As abordagens específicas do enfermeiro nas práticas preventivas de IST/aids	74
4.2.3	Fatores que dificultam as práticas preventivas do enfermeiro na Atenção Básica em Saúde na abordagem das IST/aids	92
4.2.3.1	Questões administrativas – falta de insumos	92

4.2.3.2	Questões administrativas – escassez de recursos humanos	95
4.2.3.3	Questões administrativas – descomprometimento dos gestores de saúde	100
4.2.3.4	Questões profissionais – insegurança na abordagem das IST/aids	105
4.2.3.5	Questões populacionais – aumento da vulnerabilidade às IST/aids	109
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICES	
	A. Carta de solicitação para realização do estudo pela Secretária Municipal de Saúde	125
	B. Roteiro de Entrevista	126
	ANEXOS	
	1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	128
	2. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	130

1. CONTEXTUALIZANDO O TEMA EM ESTUDO

A atenção básica em saúde é desenvolvida segundo a configuração de proximidade com a vida das pessoas, devendo ser o contato prioritário dos usuários, tornando-se o acesso preferencial à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Caracterizada por ações de saúde no âmbito individual e coletivo, a atenção básica abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011a).

Com o objetivo de desenvolver atenção integral que gera impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes de saúde das coletividades, a atenção básica desenvolve ações direcionadas para a prática de cuidado e gestão, de modo democrático e participativo (BRASIL, 2011a).

Desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, dirige-se a populações de territórios delimitados, assumindo a responsabilidade sanitária destes locais e levando em conta a diversidade e dinamismo que caracterizam essas populações. Cabe a esse nível de atenção o papel de informar a população quanto às ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, assisti-la de forma contínua e resolutiva, e encaminhar os portadores de agravos, quando necessário, aos serviços de referência, com agilidade e precisão.

Proposta pelo Ministério da Saúde, a Saúde da Família é uma das principais estratégias para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da atenção básica. Seu principal objetivo é reorganizar este nível de atenção à saúde em substituição ao modelo tradicional hospitalocêntrico, que prioriza ações curativas. Desse modo, a Estratégia Saúde da Família (doravante ESF) surge com o propósito de superação desse modelo visto como excludente e responsável pela insatisfação popular (BRASIL, 2001a).

Partindo desse pressuposto, a ESF organiza o serviço de forma a reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, constituindo-se uma proposta com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras.

A atuação na ESF requer dos profissionais a capacidade de reestruturação das ações assistenciais tendo como foco a saúde da população. Sendo assim, faz-se necessária a ampliação das práticas voltando-as para o reconhecimento das

necessidades da comunidade sob sua responsabilidade. Portanto, a Saúde da Família torna-se estratégia prioritária de consolidação, expansão e qualificação desta atenção básica em saúde (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, Franco e Merhy (2006) suscitam que o profissional deve incorporar novas formas de desempenhar suas práticas enfatizando a escuta, o acolhimento, o compromisso, o vínculo, entre outros aspectos, como forma de promover o cuidado, a autonomia dos indivíduos, bem com a proteção e a defesa da vida.

À luz dessas iniciativas, as práticas desenvolvidas na ESF permitem a análise permanente da situação de saúde da população, com a possibilidade de intervenção e identificação no processo saúde-doença, estabelecendo mecanismos de controle, resolubilidade e acompanhamento dos casos. Os profissionais da ESF desenvolvem ações que priorizam a identificação de situações de risco, avaliando a necessidade de saúde e a vulnerabilidade da população. Dessa maneira, implementam diretrizes propostas nas políticas de saúde, particularmente a Política Nacional de DST/Aids¹.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (doravante IST)² estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente consideradas o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV (Human immunodeficiency virus/Vírus da imunodeficiência humana). Algumas IST, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito. E considerando que a infecção pelo HIV ainda não tem cura, é possível controlá-la por meio de ações que promovam a prevenção primária, o diagnóstico precoce e a terapia adequada do portador (BRASIL, 2006a).

Consonante com os princípios do SUS de universalização, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular, os serviços de atenção básica devem ser estruturados para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce,

¹ Seguindo orientação do Programa Nacional de DST/AIDS, do Ministério da Saúde, a palavra "aids" deverá ser considerada como um substantivo comum, apesar de ser originada de uma sigla estrangeira. Será escrita em caixa baixa quando se tratar da epidemia (p. ex., dengue, tuberculose, aids, etc.). A grafia em caixa alta apenas para a inicial "a" ocorrerá quando corresponder a nomes próprios de instituições (p. ex., Centro de Referência em Aids). E, quando estiver em nomenclaturas de siglas grafadas em caixa alta, a palavra "aids" seguirá em caixa alta (p. ex. PN-DST/AIDS).

² O termo Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) poderá ser substituído por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) sempre que essas enfermidades não apresentarem sinais clínicos, mas se encontrarem apenas em fase de portador assintomático (CARVALHO, 2003).

assistência e, quando necessário, encaminhamento dos portadores às unidades de referência.

As ações informativas e educativas desenvolvidas na comunidade e nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) facilitarão a adesão da população com relação às IST. O atendimento imediato de uma IST não é apenas uma ação voltada à cura, é também uma estratégia de mudança de hábitos para evitar o aumento da vulnerabilidade e as complicações potenciais relacionadas com essas moléstias.

É fundamental que cada profissional incorpore em sua rotina a preocupação em identificar os usuários em situação de maior vulnerabilidade³, garantindo-lhe atendimento humanizado e resolutivo. Logo, medidas mais resolutivas e de fácil acesso se fazem necessárias, capazes de promover um forte impacto na epidemia do HIV/aids e na incidência das IST no país.

A abordagem multidisciplinar integrada, de forma a desenvolver ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e assistência, para os pacientes, seus familiares e a comunidade, são inerentes à atenção básica à saúde. Considerando as IST/aids, esse nível de atenção utiliza-se da abordagem sindrômica⁴ para a instrumentalização dos profissionais das UAPS, permitindo o diagnóstico e tratamento adequados do indivíduo. As recidivas de IST continuam sendo tratadas nas unidades de saúde. A exceção são os casos de aids encaminhados aos serviços de referência, não deixando contudo de serem acompanhados pelas UAPS.

Pela sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade as IST devem ser priorizadas. Elas só voltaram a readquirir importância como problema de saúde pública com a epidemia da aids. Há evidências que sugerem que pessoas com IST têm risco aumentado de infecção pelo HIV (BRASIL, 2005a).

Cabe aqui destacar que, a rigor, o SUS começa formalmente a ser institucionalizado pela Constituição Federal em 1988, período este em que a

³ "A noção de vulnerabilidade busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos" (AYRES et al, 2006, p. 396).

⁴ Abordagem da síndrome clínica de cada IST, utilizando de fluxogramas de condutas específicos, desenvolvidos e testados nacional e internacionalmente, contendo informações básicas necessárias ao manejo do paciente. Reúne informações específicas sobre as doenças abrangidas por cada síndrome, oferecendo um direcionamento nas condutas dos profissionais (BRASIL, 2005).

epidemia de HIV/aids já estava plenamente instalada no território nacional. Desde o primeiro caso diagnosticado no Brasil no início dos anos 1980 a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) sofreu mudanças no seu perfil sócio-epidemiológico.

Considerando a disseminação da epidemia no Brasil, podemos dividi-la em três fases segundo o Ministério da Saúde: uma fase inicial, restrita apenas ao infectado, caracterizada pela transmissão em homossexuais masculinos, suscitando o conceito de “grupo de risco”; a segunda fase, evidenciada pela exposição ao vírus, ressaltada pela transmissão entre os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) e aumento entre os heterossexuais, conceituando a ideia de “comportamento de risco”; e uma última fase, caracterizada pela suscetibilidade à infecção pelo vírus, destacando a disseminação entre as mulheres, população de escolaridade inferior e a interiorização da doença, estabelecendo um conceito de “vulnerabilidade” (BRASIL, 1999a).

Na década de 1980, a eclosão de uma nova doença identificada como uma síndrome começou a ser mundialmente conhecida pela sigla em inglês AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome/SIDA). Ela foi responsável por mudanças significativas em vários campos, não apenas a saúde, principalmente por combinar comportamento sexual e doença. Os principais impactos dessa morbidade estão relacionados com suas características epidemiológicas e socioeconômicas. A aids atinge preponderantemente a população em idade adulta, causando prejuízos na dinâmica da economia e do mercado de trabalho. No tocante à saúde, os impactos estão relacionados aos gastos com as prestações de serviços como os tratamentos, que exigem medidas efetivas no sentido do acesso ao diagnóstico e tratamento precoce (PORTELA; LOTROWSKA, 2006).

A aids trouxe desafios para a área científica e permitiu visibilidade a questões relacionadas à sexualidade. Há três décadas começamos a conviver com essa epidemia. Desde o seu primeiro caso diagnosticado nos Estados Unidos em 1981, a doença surgiu carregada de medo, de ignorância, de preconceito e da sensação de impotência perante a mesma (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2003).

Ao longo de mais de trinta anos de epidemia da aids, o perfil epidemiológico da doença sofreu muitas transformações, perpassando por nomenclaturas que traduziam os grupos de risco, comportamentos de risco e vulnerabilidade. As

tendências identificadas no Brasil envolvem a heterossexualização, a feminização, a juvenização, a pauperização e a interiorização (BRASIL, 2006a).

O relatório global do *Uniting the World Against AIDS* (UNAIDS) em 2012 retrata em números que há um contínuo crescente de casos de aids, indicando uma prevalência de 34,2 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, sendo 30,7 milhões de adultos, 16,7 milhões de mulheres e 3,4 milhões de menores de 15 anos. De acordo com o relatório, as mortes relacionadas à aids declinaram 24% mundialmente, apenas no período de 2005 a 2011 (UNAIDS, 2012).

Do período de 1980 até junho de 2012, foram notificados no Sistema de Informações de Agravos e Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde 656.701 casos de aids no Brasil, sendo 65% no sexo masculino e 35% no sexo feminino (BRASIL, 2012a). Ao longo de 30 anos de casos identificados de HIV, o Brasil tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em vulnerabilidade. Ressalta-se um aumento na prevalência da infecção pelo HIV nos jovens maiores de 13 anos de idade e um aumento nos casos identificados entre os jovens gays (BRASIL, 2012a).

A análise por regiões brasileiras demonstra que entre 1980 até junho de 2012 foram identificados 367.540 casos de aids na Região Sudeste, correspondendo a 56% dos casos acumulados no Brasil. A taxa de incidência da doença nesta região em 2011 foi de 21⁵ casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2012a).

A categoria de exposição que ainda continua sendo o principal meio de disseminação da doença é a transmissão sexual, sendo a heterossexual a forma de transmissão com maior incidência. Entre os homens, responde por 32,6% dos casos notificados até junho de 2012 e, nas mulheres, esse valor sobe para 88,7% (BRASIL, 2012a). É mister considerar que a porcentagem dos casos de aids no sexo feminino correspondem à categoria de exposição heterossexual. Diante de tal situação, reafirma-se a desigualdade entre os gêneros, característica ainda marcante em nossa sociedade .

As recentes tendências da epidemia de aids no Estado de Minas Gerais vem acompanhando as tendências nacionais e internacionais, sendo mais significativo o crescimento de casos entre mulheres e o número cada vez maior de pequenos municípios com casos notificados, caracterizando a feminização e a interiorização da

⁵ Os dados registrados do ano de 2012 não estavam disponíveis.

doença. De acordo com dados do Boletim Epidemiológico DST/Aids, desde o primeiro caso diagnosticado no Estado em 1982 até junho 2012, já foram registrados 45.016 casos de aids, correspondendo de forma cumulativa a 7% dos casos registrados no Brasil (BRASIL, 2012a).

O perfil etário de casos notificados no Estado caracteriza-se pela concentração de 84,6% na faixa dos 20 aos 49 anos de idade, sendo cada vez mais frequente o diagnóstico na faixa etária acima dos 50 anos. A principal via de contaminação pelo HIV neste grupo é a relação sexual sem proteção, facilitada pelo tabu de se falar sobre sexualidade na terceira idade, pela dificuldade de mudanças nos hábitos e pelo problema de ereção com o uso do preservativo masculino (BRASIL, 2012a).

As grandes cidades do Estado de Minas Gerais concentram o maior número de casos notificados de aids. Em 2004, 580 municípios mineiros notificaram casos de aids, perfazendo um total de 68,7%. No ano de 2008, dos 853 municípios do Estado, 670 (78,5%) já notificaram pelo menos um caso da doença, evidenciando uma crescente tendência de aumento de casos da doença no Estado (SES-MG, 2009)⁶.

A disseminação geográfica da epidemia no Estado tem se tornado elevada principalmente nos municípios menores. A cidade de Juiz de Fora é o segundo município mineiro com maiores números de casos notificados da doença. Desde seu primeiro caso registrado em 1986 até outubro de 2008, foram notificados 2060 casos. A taxa de óbitos registrados na cidade era de 73,2% no sexo masculino e 26,8% no sexo feminino. Quanto à categoria de exposição, a heterossexual é a principal via, chegando a representar 62,2 % dos casos notificados em 2008 (SINAN/DVE/SSDA/PMJF, 2009)⁷.

Ao considerarmos as notificações de outras IST no Brasil, listamos os dados referentes à sífilis e às hepatites virais. Referendando os casos de sífilis, entre 2005 e junho de 2012 foram notificados 57.700 casos em gestantes, ocorrendo a maioria nas regiões Sudeste e Nordeste, com 38% e 25,7% de casos, respectivamente (BRASIL, 2012b). O acesso precoce ao diagnóstico e o tratamento adequado são

⁶ Os dados a partir de 2009 não estavam disponíveis no site da Coordenação Estadual de DST/Aids de Minas Gerais.

⁷ Os dados de Juiz de Fora estão elencados até o ano de 2008 de acordo com a Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora – MG, disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/saude/aids_dst/artigos.php>

fundamentais para a prevenção da sífilis congênita. Esta é uma doença de fácil prevenção, desde que garantido acesso precoce à testagem para a gestante e o tratamento efetivo para as gestantes positivas, incluindo a intervenção com o parceiro. No período de 1998 e junho de 2012, 80.041 casos de sífilis congênita foram notificados em menores de um ano de idade. Mais uma vez a região Sudeste apresentando as maiores taxas registradas, com cerca de 46% dos casos (BRASIL, 2012b).

Considerando os casos de hepatites virais (A, B, C, D e E), estas em sua maioria, apresentam silenciosas e passam despercebidas pelas pessoas, até o momento em que os sinais e sintomas começam a aparecer e a doença se manifesta. No período de 1999 a 2011, foram notificados no SINAN 138.305 casos de hepatite A, sendo o Nordeste a região com maior porcentagem, perfazendo cerca de 31,2% dos casos. Para os dados referentes à hepatite B, 120.343 casos foram notificados no mesmo período. Novamente a região Sudeste concentrou a maior porcentagem, com 36,3% de casos notificados. Quanto à detecção segundo o sexo, foram notificados 54,2% entre os homens e 45,8% em mulheres (BRASIL, 2012c).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais, entre 1999 e 2011 foram notificados 82.041 casos, reiterando a região Sudeste a de maior porcentagem, com 67,3%. A característica entre os sexos permanecem igual à hepatite B, com taxas maiores nos homens, cerca de 60,1% contra 39,9% entre as mulheres (BRASIL, 2012c).

Os dados referentes à hepatite D mostram que a região Norte concentra 79,2% dos 2.197 casos notificados no SINAN entre 1999 a 2011. Esses dados mostram a fragilidade das condições de vida da população nesta região. Neste mesmo período, 967 casos foram notificados de hepatite E. Comparados segundo a região de residência, o Sudeste contabiliza 48,6% dos casos, concentrando a maioria dos casos do Brasil (BRASIL, 2012c).

Diversas ações de enfrentamento das hepatites virais foram preconizadas como pelo Ministério da Saúde, dentre eles incluem os testes rápidos para detecção precoce; capacitação de profissionais multiplicadores para a realização dos testes; distribuição de preservativos; ampliação da faixa etária para vacina contra hepatite B, com destaque para as pessoas de 0 a 49 anos (BRASIL, 2012c).

Evidencia-se, portanto, nesse cenário, a necessidade de um trabalho contínuo, não só nos grandes centros com maior número de casos, como nas

pequenas cidades do interior, envolvendo técnicos e profissionais de saúde da atenção básica, para possibilitarmos o aperfeiçoamento do trabalho de monitoramento da evolução da epidemia.

Nessa perspectiva, torna-se imprescindível a identificação das práticas preventivas adotadas na atenção básica, pelos profissionais da ESF, para a redução da incidência das IST/aids, o diagnóstico e tratamento precoce e diminuição da transmissão vertical do HIV.

É salutar que, no nível da atenção básica em saúde, as ações estejam direcionadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças nas populações assistidas. Para tanto, torna-se imperativa a atuação de profissionais com habilidades técnicas e pedagógicas para acolher, identificar as necessidades de saúde e analisar a vulnerabilidade da população. Frente a isso, a estrutura organizativa da ESF conta com a formação de equipes multiprofissionais, composta por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Esta nova conformação foi estabelecida pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, na qual estabelece a revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica (BRASIL, 2011a).

Cada profissional tem suas responsabilidades no desenvolvimento de ações que possam interferir no processo saúde-doença da população, promovendo a autonomia na busca por qualidade de vida de seus usuários. No desenvolvimento do processo de trabalho das equipes na ESF, o enfermeiro possui as seguintes atribuições: 1) realizar assistência integral aos indivíduos e às famílias nas UAPS e, quando necessário, na comunidade (domicílios, escolas, associações), em todas as fases do desenvolvimento humano; 2) realizar consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, no caso, usuários a outros serviços, conforme protocolo estabelecido nos programas do Ministério da Saúde e disposições legais da profissão; 3) planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS juntamente com outros membros da equipe; 4) realizar atividades programadas e relacionadas à demanda espontânea; 5) contribuir, participar e realizar das atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros

da equipe; e 6) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento das unidades de saúde (BRASIL, 2011a).

As ações de saúde vinculadas aos enfermeiros na ESF ganham um papel importante na prevenção de doenças e informações para a população, visto que esse profissional encontra-se mais próximo do usuário, exercendo a função primordial de elo entre este e o sistema de saúde. Não obstante, a atuação do enfermeiro no desenvolvimento de atividades relativas à prevenção das IST/aids reafirma um dos aspectos do processo de trabalho das equipes na atenção básica, no qual as ações de saúde devem priorizar grupos e fatores de risco clínico-comportamentais, com o intuito de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis à saúde.

Mesmo com a evolução nas questões relativas à aids, alguns estudos revelam que poucos trabalhos estão sendo realizados no campo da prevenção das IST e, quando o fazem, restringem-se ao estudo de jovens no âmbito escolar (ACIOLI *et al*, 2006; OLIVEIRA *et al*, 2006). Nesse sentido, vale ressaltar que o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro direcionado para as práticas preventivas em IST/aids tem como propósito gerar impacto no desenvolvimento epidemiológico da doença (GIAMI, 1997 *apud* HERINGER, 2007).

No campo de atuação do enfermeiro, o cuidado ao outro sempre foi colocado como razão primeira das suas ações. Desse modo, refletir sobre as ações desenvolvidas pelo enfermeiro que dão visibilidade a sua prática tem sido foco de debates entre os profissionais da área. Para fortalecer nosso entendimento, optamos por inicialmente compreender o significado da palavra. De acordo com o Ferreira (2010), *prática* é entendida como o exercício de qualquer ocupação ou profissão, é a maneira de proceder. Logo, as práticas dos enfermeiros destinadas às IST/aids podem ser entendidas como o conjunto de ações e atividades desenvolvidas por esse profissional na ESF para o enfrentamento dessas doenças.

Conforme aponta Heringer (2007), o contexto das ações e atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção básica direcionadas para a questão das IST/aids voltam-se para práticas de prevenção do HIV/aids, práticas de promoção da saúde dos portadores de HIV/aids e práticas de acompanhamento aos portadores de HIV/aids.

Nessa perspectiva, a necessidade de identificar as práticas preventivas realizadas pelos enfermeiros na ESF para IST/aids possibilita apreender como estas

práticas são articuladas e implementadas a fim de promover a redução da incidência de casos dessas doenças na população. E no tocante ao aumento do número de pessoas vivendo com o vírus, torna-se cada vez mais necessário ampliar a compreensão de como estão delineadas essas práticas na perspectiva da atenção básica em saúde.

Essas questões suscitaram em nós o interesse pelo estudo das práticas preventivas para as IST/aids realizadas pelos enfermeiros na ESF no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Essa motivação surgiu a partir das vivências durante o estágio curricular obrigatório no oitavo período da graduação, no ano de 2008, cujas atividades eram desenvolvidas nas UAPS.

Durante as práticas voltadas para a atenção em planejamento familiar, que tinham como objetivos promover a orientação quanto aos métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, ofertar informações, acompanhamento e orientação quanto às IST/aids, percebeu-se a necessidade de compreensão e envolvimento por parte dos enfermeiros para a realização dessas atividades. Dessa forma, observamos que durante a realização dessas práticas, mesmo fazendo parte de um elenco de ações destinadas a essa categoria, nem sempre foi possível que os enfermeiros respondessem às necessidades de saúde da população no campo da redução das vulnerabilidades às IST.

Ficou evidente que os enfermeiros sentiam dificuldades em abordar os aspectos relacionados à sexualidade ou à saúde sexual dos usuários, visto que se tratava de uma questão que gerava polêmicas, na medida em que a compreensão da sexualidade para alguns está marcada por preconceitos e tabus. Dessa forma, eles não se sentiam preparados ou confortáveis para lidar com o tema.

Foi, portanto, a partir da solicitação para desenvolver grupos de direitos sexuais e reprodutivos na UAPS em questão, durante os quais discutiam-se questões relativas à promoção da saúde sexual e reprodutiva para possibilitar troca de saberes entre os usuários, evidenciou-se que as práticas destinadas à prevenção das IST/aids não eram valorizadas pelos usuários. Pode-se perceber também que os enfermeiros não tinham clareza dessas práticas, o que gerava baixo rendimento das mesmas. À guisa dessa perspectiva provém a motivação para a realização desta pesquisa.

Diante do exposto, para a compreensão e construção de práticas voltadas para a prevenção das IST/aids pelos enfermeiros na atenção básica em saúde, nos

questionamos: o que sabem os enfermeiros a respeito das práticas preventivas das IST/aids? Como eles caracterizam essas práticas no desenvolvimento de suas atividades? Os enfermeiros estão capacitados para identificarem as populações vulneráveis às IST/aids? As representações que os enfermeiros têm em relação às IST/aids interferem nas práticas desenvolvidas pelos mesmos?

O presente estudo tem como objeto de investigação as representações sociais dos enfermeiros da ESF de Juiz de Fora sobre as práticas preventivas na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids.

Visando responder o objeto proposto, delimitamos os seguintes objetivos: caracterizar as representações sociais dos enfermeiros da ESF sobre as práticas preventivas na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids e analisar as relações entre as representações sociais dos enfermeiros sobre as práticas preventivas das IST/aids e as estratégias desenvolvidas por esses profissionais para reduzir a vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

Espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para fortalecer propostas de integralidade da atenção à saúde, com perspectivas de superação de preconceitos e de adoção de novas formas de lidar com as concepções de saúde e doença.

2. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E A AIDS: revisitando a história

As IST estão entre as principais causas de procura nos serviços de saúde, situando-se entre os casos mais prevalentes de problemas de saúde que acometem a população mundial. Destarte, merecem a preocupação dos gestores da saúde desde os tempos da Antiguidade (CARRET *et al*, 2004; CARVALHO, 2003).

As descobertas sobre as IST e suas consequências se entrelaçam com a história da humanidade. Ao longo do tempo, os microorganismos foram sendo descobertos e suas formas de desenvolvimento e condições de adaptação ao meio tornaram-se fonte de estudos que evidenciassem seu modo de transmissão e contaminação. Muitos microorganismos que se encontravam em diferentes ecossistemas descobriram no homem uma fonte favorável de combinação para seu desenvolvimento (CARVALHO, 2003).

A adaptação a um ambiente inóspito contribuiu para que muitos microorganismos se adequassem a uma variedade de agentes hospedeiros. Uma parcela desses microorganismos se condicionou à esfera geniturinária, determinando o surgimento de novas doenças e seus mecanismos de transmissão. Na dependência do tempo, esses microorganismos se adaptaram a esse novo ambiente que estranhavam o exterior, no qual se inativavam. Nesse sentido, a forma de transmissibilidade desses microorganismos exigiu contato direto entre os hospedeiros infectados, representado pelo ato sexual (CARVALHO, 2003).

As IST, anteriormente denominadas Doenças Venéreas⁸, restringiam-se a algumas doenças que atingiam os órgãos genitais masculino e feminino. Elas eram representadas principalmente pela sífilis, gonorréia, cancro mole, linfogranuloma venéreo e granuloma inguinal, nas quais eram estudadas pela dermatovenereologia⁹ e sifilografia¹⁰. Correlacionadas ao ato sexual, essas doenças passaram a incorporar ambientes de promiscuidade e prostituição, devido às

⁸ Denominação das sacerdotisas dos templos de Vênus, que exerciam, nas primeiras civilizações, a prostituição como forma de culto aos deuses e deusas da fertilidade. Uma das características presentes nessas sociedades era a promiscuidade, um dos motivos para o surgimento dessas doenças, tendo referência em Vênus, considerada a deusa do amor (INSTITUTO BENEFICENTE VIVA A VIDA, 2005).

⁹ Trata doenças sexualmente transmissíveis e também doenças da pele como: dermatites simples infecções, reações autoimunes e inflamatórias, tumores.

¹⁰ Estudo da sífilis (FERREIRA, 2010).

características que seus agentes infecciosos definiam na área genital humana, determinando sinais e sintomas neste local (CARVALHO, 2003).

Em consonância com diversos estudos, representantes da Organização Mundial de Saúde (OMS) consideravam que

as DST são um grupo de doenças endêmicas, de múltipla expressão, que incluem as doenças venéreas e um número crescente de síndromes e entidades clínicas que têm como traço comum de importância epidemiológica a transmissão durante a atividade sexual (OMS, 1983 *apud* CARVALHO, 2003, p.58).

Devido à grande diversidade dos agentes patogênicos com elevado potencial de transmissão sexual, a ocorrência de surtos epidêmicos se tornou constante, com maior ocorrência no sexo masculino, entre os 20 e 30 anos. O período compreendido entre o final do século passado até a II Guerra Mundial foi predominante para a ascensão das doenças venéreas como um perigo social, especialmente a sífilis que era considerada a de maior incidência naquele momento (CARRET *et al*, 2004).

Em decorrência da descoberta de alguns antibióticos no pós-guerra imediato, as doenças venéreas reduziram sua incidência. Como consequência, ocorreu a redução do número de casos de sífilis, considerada a doença venérea mais temida da época. Por um breve tempo, houve um declínio nos casos de IST na população brasileira, mas a partir dos anos 1960 com o advento da pílula anticoncepcional juntamente com a penicilina, observou-se progressivamente uma reincidência dessas doenças (CARVALHO, 2003).

Devido aos avanços e conquistas neste cenário, surge a questão da “Revolução Sexual”, que pregava o sexo de forma mais liberal, o que favoreceu o aumento da diversidade dos parceiros e da precocidade sexual. A virgindade já não era considerada um tabu e as variações do ato sexual possibilitaram a diversidade dos agentes genitais, orais e anais. Salienta-se a homossexualidade, e o sexo passa a ser considerado como uma mercadoria de consumo (CARVALHO, 2003).

A manifestação de uma aparente “liberdade sexual” não perdurou por um longo período. Com os primeiros casos de aids nos Estados Unidos na década de 1980, esse comportamento foi considerado de risco para a transmissão do agente patogênico dessa doença, desconhecida até o momento. No Brasil, a manifestação dessa doença caracterizou um perfil epidemiológico restrito, nos quais os

homossexuais e os usuários de drogas injetáveis (UDI) foram considerados “grupos de risco” (GALVÃO, 2000).

Diante dessa conjuntura, Azevedo (2010, p.14) considera que

o surgimento da aids no Brasil se deu em um contexto de rearticulação política, após o regime militar, quando as organizações da sociedade civil começavam a surgir e ocupar espaços. Entre esses grupos estavam representados setores oprimidos da sociedade brasileira, como mulheres e homossexuais, assim como profissionais da saúde, empenhados em um redesenho da assistência pública à saúde no Brasil.

As características epidemiológicas dessa doença foram mudando ao longo dos anos, permeando comportamentos de risco e mais recentemente a vulnerabilidade¹¹. Tendências epidemiológicas perfazem contemporaneamente características de feminização, juvenização, pauperização e interiorização (BRASIL, 2006a).

No contexto de descoberta do vírus HIV, pouco se conhecia sobre algumas IST e suas formas de apresentação. Os avanços tecnológicos propiciaram a identificação de um maior número de pessoas infectadas e o comportamento desses patógenos no organismo humano (GRANGEIRO, 1994).

Somados ao desenvolvimento de métodos diagnósticos modernos, estudos evidenciavam que o aumento da atividade sexual, com idade cada vez mais precoce de iniciação, o aumento do número de parceiros e um maior número de relações sexuais propiciaram uma aceleração na disseminação das IST na população (CARVALHO, 2003).

Portanto, o aumento da frequência das relações sexuais acrescidos à diversidade de microorganismos de transmissibilidade sexual descobertos neste contexto tornou-se uma porta de entrada para infecções sexuais, favorecendo a vulnerabilidade de transmissão do vírus HIV (GALVÃO, 2000).

¹¹ A idéia de vulnerabilidade criada por Jonathan Mann em 1996 surgiu para explicar que a relação entre a saúde e a doença não se dá só em função das atitudes das pessoas, mas está diretamente relacionada ao ambiente e suas relações (BRASIL, 2008a). Segundo o dicionário, a palavra vulnerabilidade vem do ato ou estado de ser vulnerável, o ponto vulnerável é aquele em que alguém pode ser atacado ou ferido (FERREIRA, 2010). A vulnerabilidade leva em conta três planos: a programática, a individual e a social. Entende-se por vulnerabilidade programática o acesso a serviços, existência e sustentação de programas, qualidade da atenção. A vulnerabilidade individual parte do fato de toda pessoa poder se infectar por uma doença. Depende de valores e crenças, do conhecimento sobre práticas de proteção, do autocuidado. Finalizando, a vulnerabilidade social tem a ver com as condições de vida e trabalho, cultura, situação econômica, nível de escolaridade, ambiente, relações de gênero, de classe e entre gerações (BRASIL, 2008a).

Nesse contexto, evidencia-se que o aumento das atividades sexuais está relacionado a quatro fatores: ao surgimento das pílulas anticoncepcionais, ao desenvolvimento urbano, a facilidade de locomoção das pessoas e a erotização na mídia (CARVALHO, 2003).

Desse modo, fatores como a disseminação da sexualidade associada à liberdade sexual encontraram facilidades para a propagação das IST, aumentando consideravelmente a vulnerabilidade à infecção pelo vírus HIV.

Considerando os dados relacionados às IST no Brasil, estes não são pontuais, principalmente porque, à exceção da aids, hepatites B/C e sífilis congênita, as IST não são de notificação compulsória (CARVALHO, 2003). Esse dado é preocupante, pois, com o progresso da epidemia do HIV, as IST atingiram uma relevância considerável, principalmente porque aumentam a chance, em pelo menos dez vezes, de contaminação pelo HIV, tornando-se um fator facilitador para a disseminação da aids (CARRET *et al*, 2004; CARVALHO, 2003).

Em decorrência da forma de transmissão, algumas IST não são fáceis de serem diagnosticadas, pois ocasionam poucos sinais e sintomas visíveis, podendo, em algumas vezes, apresentar-se de forma assintomática. Indivíduos assintomáticos são considerados como facilitadores da transmissão dessas doenças, pois não reconhecem que portam um microorganismo de transmissibilidade sexual, acarretando a contaminação de diversas pessoas quando da não utilização de proteções nas relações sexuais. “O problema é agravado pela grande quantidade de indivíduos que se automedica, com tratamentos inadequados, resultando em aumento da resistência antimicrobiana e podendo levar a quadros subclínicos que os mantêm transmissores” (BRASIL, 1999 *apud* CARRET *et al*, 2004, p. 77).

Evidenciando a relação entre IST e HIV/aids, a OMS estabeleceu programas para o enfrentamento dessa epidemia, que entre os anos de 1986 até 1995 sofreram grandes mudanças, perfazendo modelos específicos e globais de combate à disseminação do vírus. Como consequência, a iniciativa de enfrentamento da doença pela OMS estimulou a criação dos programas nacionais de combate à aids (GALVÃO, 2000).

Em consonância com o cenário nacional, o Brasil ratificou as primeiras iniciativas de respostas ao combate à epidemia de HIV/aids. As primeiras iniciativas governamentais que se propuseram a enfrentar a epidemia da aids nasceram como resposta à pressão social de ativistas de São Paulo. O primeiro programa brasileiro

de combate à aids foi criado em São Paulo, em 1983, mas apenas se consolidou como programa nacional de aids em 1988 (GALVÃO, 2000).

Com o crescimento do número de casos de óbitos por aids, foi criado o Programa Nacional de DST e Aids, através da Portaria número 236 de 02 de maio de 1986, do Ministério da Saúde. Em conformidade com o programa, salienta-se que, desde 1986, a aids está incluída, por meio da Portaria Ministerial número 542 de 22 de dezembro de 1986, na relação de doenças de notificação compulsória (BRASIL, 1994 *apud* GALVÃO, 2000).

Seguindo a trajetória do Programa Nacional de DST e Aids, vários foram seus órgãos e departamentos vinculados, gerando diversas designações. No Quadro 1, Galvão (2000) realizou um levantamento das diferentes denominações para o programa entre os anos de 1987 e 1997¹².

Quadro 1 – Denominações do PN-DST/Aids entre 1987 e 1997

Data	Órgão	Departamento vinculado
1987	Programa Nacional de Controle de DST/AIDS	Subordinado à Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde ¹³
1987	Divisão Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e SIDA/AIDS	Subordinada à Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde
1988	Divisões de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS	Subordinadas à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/SNPES
1989	Divisões Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, subordinada à SNPES	Subordinadas à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/SNPES
1990	Divisões de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS	Subordinadas à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS
1990	Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS	Subordinada à SNAS
1991	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS	Subordinado à SNAS
1992	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS	Subordinado à SNAS
1993	Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS	Subordinado à Fundação Nacional de Saúde
1994	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS	Subordinado à Secretaria de Assistência à Saúde/SAS
1995	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS	Subordinado à SAS

¹² Levantamento realizado através dos boletins epidemiológicos dos anos de 1987 a 1997.

¹³ Segundo Galvão (2000), este dado foi localizado no Centro de Documentação da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS) publicado pelo Informe Boletim Epidemiológico AIDS de 1987 divulgado em fotocópia e não diagramado e impresso como os posteriores.

1996	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS	Subordinado à SAS
1997	Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CN DST e Aids)	Subordinada à Secretaria de Projetos Especiais de Saúde

Fonte: adaptado de Galvão (2000)

Galvão (2000) afirma que, mesmo com as alterações ocorridas no programa ao longo dos anos, a coordenação nacional passou por poucas mudanças. Vários foram seus coordenadores, dentre eles citam-se Lair Guerra Macedo Rodrigues (1986-1990; 1992-1996), Eduardo Côrtes (1990-1992) e Pedro Chequer (1996-2000). As transições foram consideradas baixas quando comparadas com programas de outros países.

Considerando a condição epidemiológica vigente no início da epidemia da aids, os primeiros programas de controle e combate da doença foram desenvolvidos como uma resposta emergencial. Subordinado ao Ministério da Saúde, a Coordenação Nacional de DST/AIDS se tornou, em 2009, o Departamento Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais, representando uma institucionalização governamental (BRASIL, 2009).

A responsabilidade destinada ao departamento era formular e fomentar políticas públicas de DST, HIV/aids e Hepatites Virais, fundamentadas nos princípios e diretrizes do sistema de saúde vigente e com caráter eficiente e participativo (BRASIL, 2009). Integrando três áreas, a política nacional de combate e prevenção do HIV garantiu o acesso universal e gratuito ao tratamento, instituindo o fornecimento da terapia antirretroviral (TARV), ampliação da cobertura ao diagnóstico e prevenção, e relacionamento direto com a sociedade civil (BRASIL, 2011b).

Corroborando as iniciativas advindas do Departamento Nacional de DST, HIV/aids e Hepatites Virais, o portador da doença foi reconhecido como um cidadão com direitos igualitários e integrou em todos os processos no país legislações que protegem e garantem tratamento adequado. Em destaque enumeramos o acesso universal aos medicamentos (Lei nº 9.313/ 96), a criação de serviços específicos, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e os Serviços de Assistência Especializada (SAE) e um controle mais rigoroso da transmissão por transfusão sanguínea e hemoderivados (BRASIL, 1999a).

Em que pese as significativas conquistas desde a implantação do SUS em 1988, este ainda é um sistema em construção. Considerando a integralidade da assistência como um princípio instituído por lei, a política de HIV/aids tornou-se abrangente ao integrar, como prioridades de atenção aos portadores, ações de promoção, prevenção e tratamento. Partindo dessa premissa consolidou-se a conquista do acesso gratuito aos medicamentos antirretrovirais (ARV) no Brasil (BRASIL, 1994).

Mesmo diante de iniciativas satisfatórias por parte do Ministério da Saúde e dos programas estaduais e municipais para a redução da vulnerabilidade da infecção pelo HIV e outras IST, o receio de adquirir o vírus não foi suficiente para que a população alterasse seu comportamento sexual, favorecendo um aumento do número de notificações da doença, principalmente nas populações-alvo como os jovens e as mulheres.

Ratificando a política nacional de controle do HIV/aids, o aconselhamento é parte integrante das ações de saúde dispensada ao portador da doença. Neste sentido, essa prática é destinada para despertar a atenção do portador sobre si mesmo, preservando uma boa qualidade de vida de maneira responsável e livre em suas escolhas, ou seja, cuidar-se de si mesmo, promovendo o autocuidado.

De acordo com Lisboa (2009), o encorajamento das pessoas para manterem atitudes de autocuidado está relacionado à capacitação de profissionais que mobilizam esforços para o desenvolvimento de atividades preventivas que visem à redução da vulnerabilidade a essas infecções.

O aconselhamento no âmbito do Departamento Nacional de DST/Aids é definido como:

um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. (BRASIL, 1999b, p.9)

Aconselhar significa estabelecer uma relação de confiança, assegurando uma comunicação entre o profissional e o cliente de forma clara e objetiva. Defini-se como uma relação interpessoal, remetida ao apoio emocional e a difusão de conteúdos informativos e preventivos para que possam ser vivenciados por cada cliente em sua singularidade (BRASIL, 1999b).

Destarte, a prática de aconselhar contribui para o controle da transmissão da aids e de outras IST, promovendo a conscientização do portador no processo de prevenção e do autocuidado.

De acordo com Monteiro (2002), identificar as limitações entre o profissional e o cliente que dificultam as práticas preventivas no combate às IST/aids dependerá da relação estabelecida entre os mesmos no momento do aconselhamento. Corroborando essa perspectiva, Lisboa (2009) reitera que é indispensável uma escuta ativa com o intuito de saber (re)conhecer quais as necessidades de cada indivíduo, sua demanda de orientações e a participação na implementação de ações destinadas à promoção e à proteção de sua saúde.

Vale ressaltar que, segundo os preceitos das políticas públicas de prevenção e controle das IST/aids, as propostas governamentais são direcionadas para a redução da incidência de casos dessas doenças na população (SAMPAIO; ARAÚJO, 2006).

Controlar as IST é possível, desde que os programas de prevenção e as redes de serviços sejam eficazes e resolutivos. O atendimento aos portadores de IST tem os seguintes objetivos: interromper a cadeia de transmissão o mais breve possível, evitar as complicações e reduzir os sintomas (BRASIL, 2006a).

Instrumentos específicos já desenvolvidos e testados auxiliam os profissionais na tomada de decisão, a fim de prover na primeira consulta o diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados. Nesse sentido, a abordagem sindrômica proposta pelo Ministério da Saúde vem sendo utilizada com êxito, pois direciona o tratamento segundo o conjunto de sinais e sintomas relatados pelos clientes e não a partir de exames complementares, possibilitando uma maior cobertura e interrompendo a cadeia de transmissão previamente (BRASIL, 2006a; CARRET *et al*, 2004).

Fluxogramas específicos foram desenvolvidos a partir da queixa principal que motivou o paciente a buscar o atendimento e pelos achados etiológicos mais prevalentes em cada síndrome. O atendimento e tratamento imediatos dos portadores de IST, pela abordagem sindrômica, não é apenas uma ação curativa, é antes de tudo uma ação preventiva (BRASIL, 2006a).

Os fluxogramas da abordagem sindrômica são constituídos por diversos quadros que direcionam as informações necessárias ao manejo dos clientes. Após a identificação da situação problema, especificada no início do fluxograma, o

profissional conduzirá os passos seguintes, tomando as decisões necessárias, segundo os achados clínicos. Ao final de cada fluxograma são apresentadas as informações correspondentes a uma tomada de decisão (BRASIL, 2006a).

As unidades de atenção à saúde devem estar preparadas para o atendimento ao portador de IST e de seus parceiros sexuais, através de profissionais capacitados para realizar acolhimento, aconselhamento, diagnóstico e tratamento imediatos. Direcionada para ações que contemplam prevenção, promoção e proteção da saúde, a unidade básica de saúde, representada pela UAPS, é composta por uma equipe multiprofissional que trabalha interdisciplinarmente a fim de promover o bem-estar da população e redução de danos consequentes de doenças (SILVA, VAL e NICHIATA, 2010).

Diante disso, a atuação coesa dessa equipe possibilita o desenvolvimento de práticas preventivas relacionadas às IST/aids. Portanto, o enfermeiro é peça fundamental para ações destinadas à redução da vulnerabilidade às IST/aids no âmbito da atenção básica em saúde, uma vez que esse profissional tem a capacidade de desenvolver práticas preventivas direcionadas às populações alvo de contaminação por essas enfermidades (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001).

As práticas preventivas realizadas pelos enfermeiros na atenção básica em saúde por meio da ESF são destinadas, além de outras, à redução e controle das IST/aids neste âmbito de atenção à saúde. Com o intuito de descrever a prática realizada por esses profissionais, faz-se necessário sistematizar a linguagem da profissão (SANTOS; NÓBREGA, 2004). Diversas foram as tentativas de padronizar a linguagem das práticas realizadas na enfermagem, mas, mesmo com tantas iniciativas, a classificação considerada como significativa para a prática da profissão surgiu nos Estados Unidos, em 1970, conduzida pela Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (SANTOS; NÓBREGA, 2004).

Segundo os autores supracitados, desde então surgiram outros sistemas de classificação das ações de enfermagem, relacionadas com os preceitos da profissão como os diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem. Padronizar a linguagem da profissão não denota normatizar o atendimento de enfermagem, uma vez que a atenção ao cliente é individualizada, todavia é essencial que a equipe de enfermagem conheça sua dinâmica de ação no momento da assistência à clientela (NÓBREGA, 2002).

A participação brasileira neste projeto ocorre desde 1994, representada pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Em anuência com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) juntamente com o Conselho Internacional de Enfermeiros – CIE (Internacional Council of Nursing – ICN), foi elaborado e desenvolvido um projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), com o intuito de identificar a pluralidade e a magnitude das práticas de enfermagem desenvolvidas no âmbito do SUS, objetivando a classificação da prática de enfermagem em saúde pública (ABEN, 1996; ANTUNES, 2001).

O projeto CIPESC, desenvolvido no Brasil de 1996 a 2000, partiu dos pressupostos da reforma sanitária brasileira, do perfil epidemiológico da população e da participação efetiva da Enfermagem na promoção da saúde da população, objetivando a elaboração de práticas de enfermagem sistematizadas no campo da saúde coletiva (SANTOS; NÓBREGA, 2004).

Diante disso, a assistência aos portadores de HIV/aids demanda uma rede complexa de interações de ordem biopsico-sócio-cultural que envolvem o profissional de enfermagem, o paciente e sua família (SANTOS; NÓBREGA, 2004). Portanto, na assistência dispensada a essas pessoas, o enfermeiro está rodeado por cuidados expressivos no desenvolvimento de suas ações, necessitando a normatização de suas práticas para que as ações de enfermagem possam abranger os aspectos globais dos indivíduos acometidos por essa morbidade.

3. PERCURSO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO

3.1 A Teoria das Representações Sociais

Face à caracterização do processo saúde-doença associado ao de fenômeno social, o cuidado em saúde e as práticas profissionais de saúde ganham sentido e contexto como ações intencionais e socialmente determinadas. A partir da determinação das representações sociais em relação às práticas de saúde, em especial aquelas realizadas por enfermeiros na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids, a teoria das representações sociais constitui um guia no desenvolvimento deste estudo.

As representações sociais são manifestadas em palavras, sentimentos e condutas. Elas estabelecem a construção de saberes individuais e coletivos e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. As representações sociais, como formas de conhecimento prático, estabelecem a construção de saberes individuais e coletivos sobre o objeto de representação. Representam uma forma de saber do senso comum, associado a “um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso das comunicações interpessoais (...)” (MOSCOVICI, 1978, p. 181).

As representações sociais promovem o ajustamento dos indivíduos ao mundo, seus comportamentos e resolução de problemas. Para Jodelet (2001, p. 22), as representações são “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com o objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Portanto, o saber do senso comum é considerado uma forma de conhecimento diferenciado, entre outros, do conhecimento científico, do saber técnico-profissional.

Ao reportar as relações entre o senso comum e o saber técnico-profissional no âmbito dos serviços de saúde, considera-se que significa

reconhecer a existência de uma forma específica de saber, denominada conhecimento do senso comum, e suas ligações com a constituição de um saber técnico-profissional específico. Esse saber técnico-profissional está voltado aos objetos oriundos da prática profissional cotidiana, ao próprio processo de trabalho e ao desenvolvimento de novas tecnologias de cuidar em saúde e em enfermagem, colocando-se como ponto de partida para os processos

de intervenção nas questões de saúde, ou mais particularmente para o processo de cuidar em saúde (OLIVEIRA, 2001, p. 611).

Frente a isso, torna-se imprescindível a realização de estudos no campo das representações sociais relacionadas às práticas cotidianas profissionais, permitindo que o processo de construção de representações possibilite a identificação das necessidades de saúde e ressignificação dessas necessidades.

A partir dos pressupostos teóricos de Durkheim no século XIX, que preceituava as representações coletivas, Serge Moscovici propõe a Teoria das Representações Sociais, originada na Europa em 1961, no qual é publicado um estudo intitulado "*La Psychanalyse: Son image et son public*". Foi incorporada no Brasil em 1982, por Ângela Arruda. Atualmente, abrange um vasto campo de pesquisas em diferentes áreas de conhecimento, como saúde, educação e outros.

Considerando a natureza individualista da teoria, Moscovici propõe seu princípio específico de representação, rejeitando a noção de representação coletiva estabelecida por Durkheim (FARR, 2000). A distinção entre os pressupostos de Durkheim e Moscovici pode ser elucidada pela concepção de que, para o primeiro, as representações ocorrem de forma coletiva, desconsiderando o pensamento individual; enquanto que, para o segundo, as representações são exemplificadas pelo pensamento individual que constrói o senso comum.

Do ponto de vista de Durkheim, as representações coletivas são elaboradas no contexto social, as quais surgem ligadas a fatos sociais. Segundo o mesmo, a sociedade expressa sua realidade por meio do pensamento (MINAYO, 2008a). Durkheim ainda considera que a representação coletiva seja uniforme e que todos os indivíduos partilhem da mesma experiência. É considerada coletiva, pois se mantém por gerações e expressa o modo como o grupo pensa nas suas relações, ou seja, compreende como a sociedade se representa (MOSCOVICI, 2001).

Diante disso, Milanelli (2010, p. 31-32) considera que este processo resulta nas seguintes características básicas: generalidade ou autonomia, exterioridade e coercitividade, nas quais

a generalidade do fato social significa que o comportamento social é comum a todo ser humano; a exterioridade significa que essas representações estão no mundo exterior do indivíduo e, portanto, desvinculado do poder que a pessoa tem sobre o meio social que

vive; e, por último, as representações sociais exercem uma pressão sobre o indivíduo quer ele queira ou não.

A partir dos pressupostos teóricos de Moscovici (1978), no contexto da psicologia social, a representação social é elaborada por meio dos fenômenos sociais, crenças, cultura e nos processos de comunicação. Elas se formam pelos conceitos elaborados no senso comum por meio das interações sociais.

Corroborando essa afirmativa, Milanelli (2010) ilustra que devemos considerar que as relações cotidianas sejam ponderadas sobre os pensamentos individuais, e esses na construção de suas realidades sociais. Assim, a formação da representação social é permeada por indivíduos que pensam e que interagem com o seu cotidiano. Portanto, as representações sociais levam em conta o pensamento individual e tem como objetivo representar um fenômeno social e sua influência no cotidiano.

O processo comunicacional está diretamente relacionado com a formação das representações sociais, pois as mesmas são elaboradas no contexto social. Segundo Moscovici (2001, p. 61), “a revolução causada pelos meios de comunicação de massa e a difusão dos saberes técnicos e científicos transformam os modos de pensamento e criam conteúdos novos”.

Segundo Jodelet (2001), a comunicação social possibilita a determinação das representações e dos pensamentos sociais. Ela ainda enfatiza que a comunicação social é o “vetor de transmissão da linguagem, [...] e que incide sobre os aspectos estruturais e formais do pensamento social, à medida que engaja processos de interação social, influência, consenso ou dissenso e polêmica” (JODELET, 2001, p. 32). Dessa forma, influenciada pelos comportamentos sociais, as representações são elaboradas por um grupo de pessoas que promovem os processos de comunicação e cooperação.

Corroborando essa perspectiva, Jodelet (2001, p. 22) conceitua representação social como

uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, que tem objetivo prático de contribuir para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Também designada saber do senso comum ou saber ingênuo, natural, distingue-se do conhecimento científico. Mas é a tida como objeto de estudo igualmente legítimo, devido a sua importância na vida social e à elucidação que possibilita dos processos cognitivos e das interações sociais.

A teoria das representações sociais está associada a um objeto e um sujeito, não de forma exclusiva do indivíduo, mas “de alguém (o sujeito) e de alguma coisa (o objeto)” (SÁ, 1998, p. 24). Não se faz representação sem especificar o sujeito, da mesma forma não faz sentido falar em sujeito sem mencionar seus objetos representados.

Dessa forma, para que ocorra a representação, é preciso que o sujeito se reporte a um objeto. “Não há representação sem objeto [...]. Uma representação social é uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto” (JODELET, 2001, p. 22, 27). Portanto, o sujeito e o objeto se assemelham para a construção das representações sociais.

O sujeito enquanto responsável pela elaboração das representações sociais é descrito como um sujeito social, que de acordo com Jodelet (1984) *apud* Spink (2008, p. 120)

[...] significa dizer, fora o caso em que tratamos da gênese das representações, um indivíduo adulto, inscrito numa situação social e cultural definida, tendo uma história pessoal e social. Não é um indivíduo isolado que é tomado em consideração, mas sim as respostas individuais enquanto manifestações de tendências do grupo de pertença ou de afiliação na qual os indivíduos participam.

Moscovici (1978) considera que a dinâmica do desenvolvimento social está diretamente ligada ao complexo processo de interação entre crenças, valores e aspectos individuais nos quais caracterizam a sociedade como pensante. De acordo com este autor, na estruturação das sociedades contemporâneas coexistem dois universos distintos: o consensual e o reificado.

O primeiro, o consensual, é produzido pela interação das atividades intelectuais produzidas no cotidiano social e é responsável pela produção das representações sociais. Os fenômenos de representação social são construídos neste universo. O segundo corresponde à produção da ciência. Este universo é objetivo e segue o rigor lógico e metodológico exigido pelo pensamento científico (MOSCOVICI, 2003).

Para ratificar esta característica, Sá (1998) considera que o universo consensual é responsável por elaborar as teorias do senso comum. Nesse sentido, a sociedade se divide em duas formas de pensamento: por um lado, a ciência e, por outro, o senso comum (MOSCOVICI, 1978).

Moscovici (2003) destaca que o propósito de formação das representações sociais é tornar algo que não é conhecido em algo concreto, perceptível. Portanto, essa seria a finalidade pela qual os indivíduos formam e constroem as representações sociais, para que possam entender o universo que estão inseridos.

Para que os indivíduos possam interiorizar suas representações, é necessário que o desconhecido se torne compreensível, mas essa tarefa não é muito simples. A fim de que esse processo se concretize, Moscovici propõe dois mecanismos: a ancoragem e a objetivação. A ancoragem está associada à forma como as pessoas tornam familiar o que lhes são desconhecidos. Neste momento, transporta-se esse objeto para a esfera particular, onde são capazes de compará-lo e interpretá-lo, fazendo com o novo uma associação com o que lhe é familiar e conhecido.

Segundo Jodelet (2001, p.39), “a ancoragem serve para a instrumentalização do saber, conferindo-lhe um valor funcional para a interpretação e a gestão do ambiente”. De uma maneira geral, a ancoragem é a assimilação de um objeto novo através de objetos já presentes em um contexto familiar. “Ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa” (MOSCOVICI, 2003, p. 61).

A coisificação – a conversão de idéias em coisas localizadas fora da mentalidade individual – é produzida (por vezes não invariavelmente) na lógica da ciência, e até em alguma parte do senso comum. Mas é prescrita como um cânone do senso comum do desenvolvimento cultural [...]. Portanto, a coisificação coletiva é a descrição mais concisa e reveladora da idéia cultural tratada em termos de suas fontes comportamentais. Como as pessoas conseguem projetar noções para um público (MOSCOVICI, 1978, p. 112-113).

O mecanismo de objetivação concretiza o abstrato. Tem por finalidade evidenciar um dado objeto. Transforma o objeto representado, tornando-o físico e visível. A materialização das abstrações se estabelece quando o novo é incorporado ao plano do pensamento (MOSCOVICI, 2003).

Segundo Moscovici (2003, p.71-72),

[...] objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem [...] [porque] desde que nos pressupomos que as palavras não falam de nada, somos compelidos a ligá-las a algo, a encontrar equivalentes não verbais.

Esses mecanismos não ocorrem isoladamente. Jodelet (2001) afirma que a ancoragem dá continuidade à objetivação. Logo, são mecanismos interdependentes. A autora ainda salienta que ancorar classifica um objeto para que o mesmo seja aceito pelo indivíduo. E que, diante desse processo, a objetivação concretiza o objeto, tornando-o familiar em sua realidade.

Percebe-se por meio desse processo que as representações sociais são (re)construídas, promovendo uma interação entre o sujeito e o objeto. Diante disso Moscovici define funções essenciais para as representações sociais que foram, posteriormente, complementadas por Abric (2000), a saber: (1) função de saber: *“permitem compreender e explicar a realidade”*, o saber do senso comum torna possível que os indivíduos adquiram conhecimentos e os tornem assimiláveis; (2) função identitária: *“definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos”*, compreendem e explicam a realidade do sujeito, situando-o em um campo social e permitindo a elaboração de sua identidade social; (3) função de orientação: *“guiam os comportamentos e as práticas”*, representa um guia para a ação do sujeito, resultando em três fatores cruciais: a finalidade da situação, a antecipação e expectativa, e a prescrição de comportamentos; (4) função justificadora: *“permitem a posteriori a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos”*, intervém no sujeito, possibilitando explicar e justificar suas condutas, preservando sua diferenciação social.

Sabendo que as representações sociais são um conjunto organizado de opiniões, atitudes, crenças e informações referentes a um objeto ou uma situação, sua análise baseia-se no conhecimento de seus aspectos constituintes. Diante disso, Abric propõe a teoria do núcleo central com a hipótese da organização interna das representações sociais.

Abric (2001, p. 163) declara que

o núcleo central da representação é determinado, por um lado, pela natureza do objeto representado; por outro, pela relação que o sujeito mantém com este objeto, [...] é a finalidade da situação na qual se produz a representação que vai determinar seu(s) elemento(s) central(is).

O núcleo central é o elemento estável, rígido e coerente, pois é inerente à memória coletiva e à história de um grupo. Resistente às mudanças, tem função de gerar o significado da representação e determinar sua organização. Em

contrapartida, o sistema periférico atua complementando o primeiro. A flexibilidade e a tolerância às contradições são marcas do sistema periférico, além de permitir a adaptação à realidade concreta e influenciar na tomada de decisões (ABRIC, 2000).

As práticas preventivas na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids realizadas por enfermeiros estabelecem como as ações de saúde são desenvolvidas, visto que os sujeitos envolvidos neste processo de cuidado, sejam os profissionais de saúde ou os usuários do serviço, constroem e aprimoram os arranjos sociais, por meio das vivências e das representações que criam nas relações cotidianas. Frente a isso, a necessidade de formulação das representações sociais pelos enfermeiros sobre as práticas preventivas realizadas na atenção básica em saúde, com ênfase na abordagem das IST/aids, representa um processo essencial para a orientação de condutas pertinentes de promoção e prevenção de saúde.

Os profissionais de saúde da atenção básica atuam na perspectiva de responder às necessidades de saúde da população por meio de ações ancoradas e desenvolvidas em um saber científico associado ao saber prático. A representação social das práticas realizadas pelos enfermeiros na atenção básica em saúde favorece o estabelecimento de novas bases para o processo de cuidar em saúde, partindo da compreensão das necessidades representadas.

Nesse sentido, a construção dos saberes sociais frente às práticas profissionais dos enfermeiros na abordagem das IST/aids na atenção básica em saúde abre espaço para a discussão de saberes científicos e sociais associados à prática profissional, formulando e reformulando suas próprias concepções, imagens e símbolos, permitindo a construção das representações sobre as práticas realizadas por esses profissionais.

Diante do exposto, é mister considerar que a utilização das representações sociais na área da saúde, principalmente na Enfermagem, torna-se um valioso instrumento de planejamento da assistência, permeando o processo saúde-doença e as práticas sociais relativas ao mesmo. Logo, a Teoria das Representações Sociais possibilita a compreensão e o significado das práticas de saúde, em especial aquelas realizadas por enfermeiros na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids, da relação desses profissionais com a sociedade e vice-versa, e de como as representações podem modificar o trabalho desenvolvido por esses sujeitos em seus processos de trabalho em saúde.

3.2 O método de estudo escolhido

A presente investigação constitui-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Segundo Rampazzo (2005), a pesquisa descritiva tem como premissa o ato de observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos do mundo físico e, especialmente, do mundo humano sem manipulá-los e sem a interferência do pesquisador. Corroborando Minayo (2007), significa que a pesquisa exploratória busca conhecer diversas situações que ocorrem no cotidiano do ser humano, tanto individualmente ou em grupos.

A pesquisa qualitativa se concentra em um âmbito que não pode ser quantificado, uma vez que considera aspectos relacionados às crenças, valores, atitudes e significados dos sujeitos (MINAYO, 2007).

O foco da atenção da pesquisa qualitativa está centrado no específico, no peculiar, no individual, buscando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados. Segundo Minayo (2007), *compreender* é o verbo que traduz o perfil de uma pesquisa qualitativa. *Compreender* relações, valores, atitudes, crenças, hábitos e representações e, a partir desse conjunto de fenômenos humanos gerados socialmente, compreender e interpretar a realidade.

Desse modo, a opção pela pesquisa qualitativa visa responder as questões orientadoras das práticas preventivas realizadas por enfermeiros na abordagem das IST/aids no campo da atenção básica em saúde.

3.3 O campo de estudo

De acordo com Minayo (2007), o campo de pesquisa é caracterizado como uma parte de um todo, que representa uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções que fundamentam o objeto de investigação. A autora acrescenta que o trabalho em campo aproxima o pesquisador com a realidade a ser estudada, estabelecendo interações entre os sujeitos.

Nesta pesquisa, o campo de estudo foram as UAPS estruturadas pela ESF da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Este campo foi escolhido por ser um cenário no qual as práticas realizadas por enfermeiros compõem o contexto de resignificação do trabalho desse profissional neste âmbito de atenção à saúde.

Nesse sentido, a estratégia de saúde da família considera a prática realizada por enfermeiros como a possibilidade de reorientar suas ações em direção às necessidades de saúde dos usuários.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, o município possuía, até dezembro de 2012, 60 UAPS das quais 39 estão no modelo da Estratégia Saúde da Família (trinta e duas urbanas e sete rurais), duas no modelo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e dezenove UAPS no modelo tradicional, não incorporando a Estratégia Saúde da Família (dez urbanas e nove rurais). É importante considerar que algumas equipes que compõem a área rural atendem mais de uma localidade, ou seja, mais de uma UAPS.

Dentre as 39 UAPS que estavam contempladas pelo modelo da ESF, apenas 16 foram selecionadas para o desenvolvimento da pesquisa. Os critérios de seleção das UAPS foram: facilidade de acesso, nas quais iniciamos a pesquisa pelas unidades centrais e, disponibilidade dos profissionais para o agendamento das entrevistas.

Precedendo à coleta de dados, entramos em contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora – MG, no setor da Atenção Primária à Saúde, a fim de obter a autorização da responsável para a realização da pesquisa nas UAPS selecionadas (Apêndice A). Em seguida, efetuamos contato com os enfermeiros para agendamos um encontro no qual apresentávamos os objetivos do projeto e realizávamos a entrevista.

3.4 Os participantes da pesquisa

Na presente investigação, os participantes foram 32 enfermeiros que trabalhavam nas UAPS estruturadas pela ESF do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Sua escolha se deve ao fato de que esses profissionais desempenham o papel de cuidador, estabelecendo relações com os usuários, promovendo o acolhimento, escuta e vínculo com estes sujeitos.

Referente ao quantitativo de sujeitos da pesquisa, optou-se por definir o número de sujeitos por inclusão progressiva, que é interrompida pelo critério de reincidência, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos

pelos sujeitos começarem a ter uma regularidade, não definindo novas categorias ou representações (MINAYO, 2007).

Foram considerados critérios de elegibilidade para a investigação enfermeiros que trabalham nas UAPS com ESF, que estavam há pelo menos seis meses atuando no nível da atenção básica em saúde, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – anexo 1), constituindo estes os critérios de inclusão dos sujeitos no estudo.

Considerando que toda pesquisa envolvendo seres humanos abrange riscos, observou-se a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, assumindo o compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis foram evitados, como também de vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa.

Portanto, o presente estudo obedeceu às normas de Pesquisa com Seres Humanos, segundo a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996a).

3.5 O processo de coleta de dados:

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o parecer nº 103.640 de 16/08/12, entramos em contato com os enfermeiros que trabalham nas UAPS selecionadas para agendarmos a realização das entrevistas.

No presente estudo, realizamos entrevista semiestruturada com questões abertas e fechadas (Apêndice B). Nesse tipo de entrevista, o entrevistado é livre para explorar a questão amplamente, direcionando a situação em qualquer direção que considerar adequada (MARCONI; LAKATOS, 2011). As entrevistas foram gravadas em aparelho Mp4, assegurado ao participante seu anonimato. Posteriormente, tais entrevistas foram transcritas, na íntegra, mediante sua

aquiescência. O processo de coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2012.

Minayo (2007) considera fundamental a interação entre o entrevistador e seu entrevistado, devendo essa relação ser pautada em sentimentos de afetividades, considerando o contexto social e as experiências prévias do sujeito no ato da entrevista, ou seja, o investigador deve se colocar mais próximo da realidade vivenciada pelas pessoas. Nesse sentido, a entrevista é um procedimento de relevância para a investigação e coleta de dados a fim de ajudar na solução do problema em questão (MARCONI; LAKATOS, 2011). Enquanto técnica de coleta de dados, a entrevista é adequada para obter informações sobre o objeto de estudo, considerando o que as pessoas sabem, esperam ou sentem (SELLTIZ *et al*, 1967 *apud* GIL, 2006).

Rampazzo (2005) considera que a entrevista é a parte importante do processo comunicacional para a coleta de dados. Ela é considerada como um encontro entre duas pessoas com o intuito de obtenção de informações relevantes para o estudo. A entrevista semiestruturada permite ao entrevistador adaptar suas perguntas a determinada situação e favorece ao informante responder livremente.

Conforme orientação da Resolução CNS 196/96, o material gravado durante a coleta de dados, os TCLE's e os dados da pesquisa serão guardados sob responsabilidade da pesquisadora durante cinco anos e posteriormente serão destruídos (BRASIL, 1996a). Destarte, os resultados da pesquisa, assim que finalizados, estarão à disposição dos sujeitos e instituições participantes. Nesse sentido, as contribuições relativas ao desfecho da pesquisa serão divulgadas em eventos nacionais relacionados à temática, como congressos e seminário de atenção básica em saúde, e a ampliação do acesso por intermédio da publicação em revistas científicas.

3.6 A organização dos dados para análise

Para desenvolver uma análise das entrevistas, o material coletado passou por um tratamento a fim de obter as significações e inferências necessárias para a obtenção das informações contidas. Portanto, para o desenvolvimento da proposta de análise dos dados, apoiamo-nos na análise de conteúdo, cuja técnica de

tratamento dos dados é sugerida por Bardin (2011). Diante disso, respondemos os objetivos propostos e possibilitamos uma aproximação com o objeto de estudo.

Diversas são as significações. Partindo de Bardin (2011, p. 37), a análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações”. É um modo de análise de dados que é marcada por diversas formas aplicáveis ao campo das comunicações.

Ainda segundo a autora, a análise de conteúdo pode ser definida como:

um método muito empírico, dependente do tipo de ‘fala’ a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. [...] A técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objetivo pretendidos tem de ser reinventada a cada momento [...] (BARDIN, 2011, p. 36).

Chizzotti (2006) declara que a análise de conteúdo é considerada uma forma de interpretação textual, por meio da seleção dos significados temáticos pela simples análise dos elementos de um texto. O autor ainda reitera que esse tipo de análise de comunicação pretende garantir neutralidade, pela quantificação das unidades de texto, possibilitando gerar resultados que estabelecem uma frequência de significação.

A análise de conteúdo possibilitou avanços na pesquisa, principalmente pelo fato de partir de uma perspectiva qualitativa, inferindo conteúdos explícitos da comunicação, elencando significações que vão além da mensagem. Corroborando essa perspectiva, Minayo (2007) considera que a análise de conteúdo desvenda o que está nas entrelinhas dos conteúdos expressados, possibilitando ir além do que está sendo comunicado.

A fim de possibilitar uma compreensão do conteúdo de forma fidedigna, a análise de conteúdo parte do princípio de uma leitura flutuante das falas, das entrevistas, dos documentos, para atingir um nível mais profundo. A exploração do material correlaciona “estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados” e os unem com características psicossociais, culturais e produção de mensagem (MINAYO, 2008b, p. 308).

Retomando a conceituação de Bardin (2011), na qual a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas, observamos que há várias maneiras de analisar o conteúdo de uma pesquisa. Dentro destes, destacamos a análise de conteúdo

temática, a fim de identificar as representações dos enfermeiros da ESF na abordagem das IST/aids na atenção básica em saúde.

Quando se trabalha na perspectiva da análise de conteúdo temática, propõe-se descobrir os *núcleos de sentido*, cuja frequência de aparição pode significar algo para o objeto de estudo escolhido (BARDIN, 2011).

Dessa forma, para organizar e operacionalizar a análise temática dos dados obtidos, Bardin (2011) propõe que se sigam três pólos cronológicos: 1 – a pré-análise que consiste na organização do material propriamente dito, possibilitando operacionalizar e sistematizar as opiniões iniciais. Nessa primeira etapa, realiza-se uma leitura flutuante para a compreensão do material escolhido, a fim de aproximar o tema proposto do pesquisador. Diante disso, parte-se para a escolha dos documentos que serão submetidos à análise, possibilitando a imersão de hipóteses e questionamentos, na qual emergem informações sobre o problema levantado, constituindo assim um corpus da investigação, no qual o pesquisador concentrará sua atenção para a elaboração de critérios que fundamentam a interpretação final; 2 – a exploração do material que ascende da pré-análise, na qual o pesquisador aplica as decisões tomadas, consiste essencialmente na codificação, decomposição e classificação dos temas; e 3 – o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação que consistem em tratar os resultados de maneira significativa e válida e, diante disso, pressupor inferências e interpretações dos objetivos previstos.

Portanto, partindo do percurso teórico-metodológico escolhido, podemos compreender as representações sociais dos enfermeiros sobre as práticas de saúde na abordagem das IST/aids, realizadas na atenção básica em saúde.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Precedendo a apresentação da análise das entrevistas, apresentaremos a caracterização dos sujeitos que participaram do estudo. Acreditamos que a síntese facilitará a compreensão de aspectos relacionados à prática dos enfermeiros na atenção básica em saúde, permitindo uma compreensão integral e contextualizada desta população estudada.

No Quadro 2, apresentaremos o perfil dos participantes do estudo, englobando características pessoais e profissionais.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa

ENFERMEIROS	Idade	Gênero	Tempo de formação	Instituição de conclusão	Tempo de serviço	Tempo de serviço na ESF	Especialização	Capacitação para IST/aids
ENF01	36	Feminino	11 anos	Pública	11 anos	11 anos	Sim	Sim
ENF02	50	Feminino	24 anos	Pública	24 anos	10 anos	Sim	Sim
ENF03	52	Feminino	16 anos	Pública	16 anos	13 anos	Sim	Sim
ENF04	59	Feminino	26 anos	Pública	26 anos	13 anos	Sim	Sim
ENF05	39	Feminino	12 anos	Pública	12 anos	12 anos	Sim	Sim
ENF06	35	Masculino	11 anos	Pública	11 anos	11 anos	Sim	Sim
ENF07	35	Feminino	12 anos	Pública	12 anos	9 anos	Sim	Sim
ENF08	59	Feminino	30 anos	Pública	17 anos	10 anos	Sim	Sim
ENF09	33	Feminino	10 anos	Pública	8 anos	8 anos	Sim	Sim
ENF10	39	Feminino	12 anos	Pública	11 anos	11 anos	Sim	Sim
ENF11	52	Feminino	25 anos	Pública	11 anos	10 meses	Sim	Sim
ENF12	53	Feminino	30 anos	Pública	30 anos	15 anos	Sim	Sim
ENF13	48	Feminino	26 anos	Pública	24 anos	16 anos	Sim	Sim

ENF14	39	Feminino	14 anos	Pública	14 anos	14 anos	Sim	Sim
ENF15	50	Feminino	27 anos	Pública	27 anos	6 anos	Sim	Não
ENF16	45	Feminino	22 anos	Pública	18 anos	12 anos	Sim	Sim
ENF17	43	Feminino	18 anos	Pública	18 anos	6 anos	Sim	Sim
ENF18	46	Feminino	19 anos	Pública	19 anos	7 anos	Sim	Sim
ENF19	37	Feminino	13 anos	Pública	13 anos	13 anos	Sim	Sim
ENF20	51	Feminino	27 anos	Pública	26 anos	7 anos	Sim	Sim
ENF21	44	Feminino	14 anos	Pública	13 anos	13 anos	Sim	Sim
ENF22	50	Feminino	20 anos	Pública	8 anos	8 anos	Sim	Sim
ENF23	56	Feminino	30 anos	Pública	30 anos	12 anos	Sim	Sim
ENF24	50	Feminino	28 anos	Pública	28 anos	8 anos	Sim	Sim
ENF25	27	Feminino	1 ano	Pública	6 meses	6 meses	Sim	Não
ENF26	53	Feminino	24 anos	Pública	24 anos	12 anos	Sim	Sim
ENF27	44	Masculino	12 anos	Pública	12 anos	6 anos	Sim	Sim
ENF28	38	Feminino	15 anos	Pública	15 anos	6 anos	Sim	Sim
ENF29	48	Feminino	15 anos	Pública	15 anos	12 anos	Sim	Sim
ENF30	50	Feminino	26 anos	Pública	26 anos	20 anos	Sim	Sim
ENF31	52	Feminino	27 anos	Pública	27 anos	4 anos	Sim	Sim
ENF32	35	Feminino	11 anos	Pública	11 anos	11 anos	Sim	Sim

Fonte: Dados coletados no período de outubro a dezembro de 2012 junto aos enfermeiros das UAPS do município de Juiz de Fora – MG.

De acordo com os dados, ressaltamos que a maioria dos participantes é do gênero feminino (93,75%), e a idade média foi de 45 anos com mediana de 46 anos, sendo a maior idade de 59 anos e mínima de 27 anos.

Quanto à formação, o tempo médio foi de 19 anos, e todos concluíram seus estudos em instituições públicas. Do total de sujeitos envolvidos, o tempo médio de serviço como enfermeiro foi de 17 anos, variando de seis meses a 30 anos. Considerando o tempo de serviço na Estratégia de Saúde da Família, a média foi de 16 anos com mediana de 11 anos, sendo o maior tempo de 20 anos e o menor menos de um ano.

Todos os profissionais entrevistados possuíam alguma especialização direcionada à demanda da atenção primária à saúde, e a grande maioria (93,75%) fez alguma capacitação para a abordagem das IST/aids durante seu tempo de serviço como enfermeiros.

4.2 Apresentando as categorias

A análise das entrevistas apontou, como destaque, que os profissionais, em sua maioria, valorizam a atuação do enfermeiro na prática preventiva de IST/aids no âmbito da atenção básica em saúde, sendo as mesmas direcionadas a grupos educativos, consultas ginecológicas e na demanda espontânea e, em consonância, existem diversos fatores que influenciam ou impossibilitam o desenvolvimento de seu trabalho. Verificamos que os profissionais elegiam alguns assuntos comuns, por meio dos quais organizavam suas representações e posturas diante do objeto pesquisado. Os temas evidentes que emergiram originaram três grandes categorias, sendo nomeadas: *Prática profissional do enfermeiro na atenção básica em saúde*; *Práticas preventivas de IST/aids: as representações dos enfermeiros da atenção básica em saúde*; *Fatores que dificultam as práticas preventivas do enfermeiro na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids*.

4.2.1 PRÁTICA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Na análise desta categoria, foram evidenciadas representações em relação à prática do enfermeiro na atenção básica em saúde. Elas estão relacionadas com o processo de trabalho desenvolvido por este profissional na atenção básica em saúde e são marcadas por uma prática autônoma desenvolvida por meio de protocolos assistenciais, presença de sobrecarga de serviço, reconhecimento e valorização de seu papel como enfermeiro e identificação da importância de uma equipe multiprofissional na atenção básica, que proporcionasse a mudança no modelo de assistência à saúde e a formação acadêmica dos profissionais de saúde.

4.2.1.1 Prática autônoma do enfermeiro na ESF:

A prática autônoma destacada na fala dos enfermeiros reafirma a ampliação do espaço de trabalho no contexto da Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, esta característica considera a própria realidade sócio-cultural na qual a prática está inserida.

eu prefiro até que hospital, hospital a gente tem uma limitação (ENF01)

eu acho também que o trabalho é mais autônomo (ENF 02)

ele resolve mais, porque por exemplo, se eu tiver que encaminhar um paciente e mandar pra UPA, o profissional de saúde lá ele aceita o encaminhamento do enfermeiro (ENF 03)

o enfermeiro na ESF ele tem uma grande autonomia, eu vejo assim como... quando ele quer ele tem essa questão muito grande da autonomia profissional né, porque somos nós que de certa forma nós mantemos a saúde da família de pé né [...] (ENF 06)

Um enfermeiro da saúde família ele tem uma autonomia um pouco maior que um enfermeiro de um hospital né, porque eu já trabalhei em hospital é... é isso... (ENF 07)

assim a autonomia que a gente tem é muito maior que na área hospitalar, na área hospitalar a gente é mais burocrata aqui a gente é mais assistencialista (ENF 09)

Olha eu percebo assim que o enfermeiro ele tem... ele é assim mais atuante, ele tem mais autonomia na estratégia saúde da família do que, por exemplo, num ambiente hospitalar, no serviço privado, por exemplo, então a gente tem mais chances de tá atuando, mais de tá acompanhando aquelas condições de que realmente a gente é capacitado (ENF 10)

[...] a gente atua muito né, a gente tem muito mais autonomia do que na atenção terciária (ENF 11)

eu acho que a enfermagem ganhou uma autonomia muito grande com a estratégia de saúde da família tá, [...] e eu acho que isso é tudo nessa nossa prática essa autonomia que a gente tem, muito coisa a gente fazia, fazia muito papel de pré-consulta, de pré-atendimento e hoje em dia a gente já tem autonomia nisso (ENF 21)

Particularmente pra mim foi um ganho muito grande, eu senti autonomia, eu percebi que a gente tem um pouquinho mais de autonomia que em outras situações, [...] então assim o melhor da estratégia de saúde da família para o enfermeiro foi eu me senti mais livre pra atuar. (ENF 24)

a atuação do enfermeiro nesta parte assim é vasta né? A gente tem mais autonomia na saúde pública em relação a um setor terciário e secundário né, quando eu falo de autonomia é em uma prescrição de enfermagem, em uma decisão que você pode tomar diante de caso de um paciente, coisa que você não faz no hospital, no hospital você tem que ter dados médicos (ENF 27)

Pela evidência das representações sobre a prática autônoma na atenção básica em saúde, alguns entrevistados a confrontaram com a prática no âmbito hospitalar, fazendo referência a uma dicotomia no trabalho do enfermeiro nesses dois níveis de atenção à saúde. A representação explicitada acima advém da luta pelo profissional enfermeiro de assegurar uma identidade profissional.

A autonomia relacionada à identidade profissional está amparada na concepção da ascendência dos saberes e pode ser construída, dentre outros aspectos, a partir das características próprias e inerentes da profissão (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

Uma característica relacionada com a representação sobre a atuação profissional identificada pela prática autônoma foi contraposta por um dos participantes do estudo, fazendo referência a uma pseudo-autonomia da profissão.

Tipo assim é muito diferente da prática do hospital, sem dúvida alguma, a gente tem uma autonomia, só que eu... de uma certa forma eu acho que é uma falsa autonomia, entendeu? Porque a gente ainda tá no modelo antigo, né naquele modelo de prescrição, de médico, então assim a prática do enfermeiro pelo menos na

nossa... nesses seis anos que eu to aqui, eu acho que ainda é uma prática assim... uma falsa autonomia sabe? (ENF17)

A análise da identidade profissional da enfermagem alude à característica da palavra, que é definida por algo individual, com características próprias e exclusivas. A identidade profissional seria um tipo de identidade coletiva que agrega caracteres sócio-histórico-culturais comuns a todos que exercem determinada atividade (CAMPOS; OGUISSO, 2008).

A constituição do papel do profissional enfermeiro não é um método simples, requer análise da historicidade da enfermagem, suas limitações sociais e atuais, a formação profissional e todas as variáveis inerentes ao processo de construção da profissão (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

A construção histórica da profissão que delimitou as representações imersas na autonomia profissional é materializada na prática diária do enfermeiro e que pode influenciar no desenvolvimento de seu trabalho, como é evidenciado na fala de um participante do estudo:

muitas vezes tem muita dificuldade de identificar, então os nossos direitos também não vem... e isso é histórico né, eu acho que dentro da profissão né, até mesmo a questão da feminização da profissão né, e também da baixa influência política que nós temos, da baixa representação política que nós temos. (ENF 06)

No âmago da busca pela identidade profissional, surgem representações sobre as práticas diárias desenvolvidas que são vinculadas aos protocolos assistenciais nos quais os entrevistados inferem ser uma característica de resolutividade dos conflitos enfrentados, como é destacado nas falas abaixo:

a gente tem um protocolo e dentro desse protocolo a gente pode pedir exames, mamografias, prescrever alguns medicamentos que tá dentro do protocolo (ENF01)

o enfermeiro ele tem uma autonomia muito grande por conta dos protocolos disponíveis, então ele tem uma liberdade muito grande pra tá colocando o conhecimento dele em pauta, [...] os protocolos de enfermagem muito poucos desenvolveram e ainda muitos deles estão parados, então os protocolos antigos né, o processo de atualização eles não aconteceram, ainda não tão sendo atualizados os protocolos, então falta mesmo interesse dos enfermeiros pra eles se atualizarem, né porque se a gente atualizar os protocolos que reverteria em benefícios próprios (ENF 06)

Eu acho que é devido aos protocolos né que a prefeitura tem que a gente pode fazer puericultura, que a gente pode fazer pré-natal [...] (ENF 07)

[...] porque a gente tá amparado nos protocolos, nos protocolos de atendimento, protocolos da instituição, protocolos do Ministério, então a gente ganhou uma autonomia muito grande [...] (ENF 21)

[...] os protocolos te dão um pouco mais de liberdade pra trabalhar, você tem as abordagens pessoais que são possíveis de serem feitas né [...] (ENF 24)

Mesmo considerando a assistência pautada em protocolos que caracterizem a atuação do profissional enfermeiro na ESF, um dos participantes da pesquisa destacou a importância da atualização dos protocolos e a busca pela união dos interessados na elaboração dos mesmos.

Os protocolos de enfermagem surgem com a necessidade de uniformização e padronização da assistência. A necessidade de normatização da profissão favorece o direcionamento das práticas, estabelecendo orientação para o profissional e propiciando maior autonomia na assistência ao indivíduo e à comunidade. Em um estudo com enfermeiros de um Programa de Saúde da Família da cidade de São Paulo, Ataka e Oliveira (2007) destacaram que os protocolos de enfermagem auxiliam no desenvolvimento de um roteiro para as condutas a serem tomadas. Nesse sentido, o enfermeiro que não atua de forma efetiva na elaboração e atualização desses protocolos abdica de um espaço de participação e intervenção em sua prática assistencial.

4.2.1.2 A sobrecarga de trabalho do enfermeiro na ESF

Analisando as falas dos entrevistados, percebemos que o processo de trabalho na atenção básica em saúde é permeado pela multiplicidade de funções, o que acarreta sobrecarga de trabalho. Esta afirmação pode ser percebida nos recortes das entrevistas seguinte:

aí falam, mas eu to sobrecarregado com outras funções né, são funções, por exemplo, burocráticas né, é farmácia, por exemplo, que seria do farmacêutico, né então ao invés dele priorizar e lutar aquilo que é dele, né ele tá fazendo coisas que é de outro profissional (ENF 06)

eu no caso... eu não, eu e [nome da outra enfermeira] estamos na administração da UBS, porque a gente não tem gerente né, então a gente responde mais ou menos informalmente né, sobre a previsão, provisão de tudo aqui dentro, sobre os funcionários, né... (ENF 08)

então assim se tiver alguma coisa de urgente vai lá e dá uma ajuda, se tiver muito apertado, assim é muita coisa, muita coisa mesmo, visita domiciliar, de acamados, visita domiciliar pra ver as necessidades de puérpera, de recém-nascido, deixa eu lembrar mais... é tanta coisa... reunião de equipe, resultado de preventivo, ah é muita coisa... (ENF 09)

O enfermeiro está inserido em todas as atividades da atenção básica em saúde, desempenhando muitas vezes funções que não são de sua competência, priorizando ações de outros profissionais em detrimento de suas práticas. A ampliação das competências do enfermeiro advém da construção e da implementação de seu processo de trabalho que proporciona bases para suas práticas profissionais.

O trabalho da enfermagem sofreu muitas mudanças ao longo do tempo. Inicialmente, era considerada uma prática de trabalho manual e componente de um corpo médico. Com os avanços da área por meio do desenvolvimento técnico-científico e a produção científica, a enfermagem se institucionalizou e foi caracterizada como uma profissão e/ou ciência (CESTARI, 2002 *apud* ATAKA; OLIVEIRA, 2007).

A representação presente nas falas dos entrevistados enfatiza a necessidade do enfermeiro identificar o seu papel dentro da assistência à saúde, sendo que aí ele está a cada dia assumindo funções que não são de sua competência, uma vez que o mesmo tem que gerenciar e descentralizar suas atribuições em questões que poderiam ser realizadas por outros profissionais.

Vários estudos corroboram a diversidade de serviços que o enfermeiro tem na atenção básica em saúde, enfatizando uma lacuna entre o que é o real e o que seria o ideal. Eles enfatizam que a maior limitação não é o número de atividades, mas como estão sendo realizadas e quais de sua competência tem conseguido executar (SILVA, MOTTA, ZEITOUNE, 2010).

Diante da necessidade de dar continuidade à assistência, alguns participantes do estudo relataram o desvio de funções, delegando algumas de suas ações para acadêmicos de enfermagem ou para os agentes comunitários de saúde. Percebemos isso nas falas abaixo:

Então eu tenho acadêmicos de enfermagem aqui, aí eu chego pra elas e passo um tema assim na segunda-feira, repetitivo, porque os clientes vão mudando na semana, né (ENF 03)

aqui a gente tá fazendo, aproveitando até os estagiários de enfermagem, eles tavam fazendo o grupo de direitos reprodutivos pra gente, entendeu? Até eles tavam fazendo muito bem, muito bem orientados, né tava muito bom o grupo, agora no momento a gente tá sem estagiário [...] (ENF 10)

Delegar funções é parte inerente da divisão do trabalho e pode ser entendida como predominância de poder sobre atividades específicas. Nesse sentido, delegar funções para os membros da equipe de enfermagem faz parte do cotidiano das responsabilidades do enfermeiro. É relevante considerar que os acadêmicos de enfermagem estão no momento de capacitação profissional e, sob supervisão técnica de um preceptor, podem realizar ações inerentes aos enfermeiros, assumindo essas responsabilidades parcialmente no desenvolvimento de suas atividades nos campos de prática.

É salutar considerar a função do enfermeiro de delegar, mas a mesma não pode se tornar uma atividade rotineira, uma vez que o enfermeiro tem responsabilidades pelo seu processo de trabalho e pelas pessoas envolvidas com o mesmo (DEBALD, MACHADO e ALMEIDA, 2008).

4.2.1.3 Valorização e incentivo profissional

Outro aspecto destacado nas falas dos entrevistados refere-se à valorização, maior reconhecimento e incentivo da profissão. Nas falas dos participantes, foram identificadas representações relacionadas à maior visibilidade do profissional pelo usuário, desconhecimento de sua prática e necessidade de incentivos dos gestores de saúde no desenvolvimento do processo de trabalho na estratégia de saúde da família. Os seguintes recortes apontam para essa direção:

Tem que ir pra comunidade, a comunidade tem que te conhecer, que você pertence àquela comunidade ali né... o enfermeiro, o médico e o técnico de enfermagem, então, isso aproxima mais a UBS, o profissional da população, [...] pelo fato de nós estarmos sempre muito em contato direto com o usuário né (ENF 04)

os próprios enfermeiros precisam passar muito por essa questão de reconhecer enquanto profissão né, enquanto uma profissão que tem um pouco de conhecimento e que vai lutar pra colocar aquilo em prática né, em prol da melhoria da saúde né, das pessoas e em prol da própria situação profissional dele, [...] seria uma profissão assim muito mais valorizada e reconhecida pela sociedade, porque na saúde da família você tá ali de frente, você conhece a população, você pode intervir naqueles problemas básicos da população e isso traria uma grande melhoria pra comunidade, [...] eu tenho o meu valor enquanto profissional e que eu parti também pra estudar e que eu encontrei a questão assim que é com o conhecimento que eu faço o diferencial no meu trabalho, na minha profissão, sei que eu encontrei mais satisfação, porque muitas vezes a gente vê que o profissional muitas vezes tá estagnado, parado no tempo no espaço, sem ter o acesso ao conhecimento né, eu acho que faz muita falta, e aí eu vejo o quanto que a pós-graduação ela é enriquecedora, o mestrado enfim... e uma especialização também... eu vejo que a minha especialidade na saúde da família, assim eu ser estomoterapeuta na saúde família, é uma coisa muito específica trabalhar com feridas né, mas a grande quantidade de feridas que existe né, de pessoas com feridas que existem e eu enquanto estomoterapeuta sabe fazer o diferencial (ENF 06)

É importantíssimo, eu acho que devia ser mais divulgado, e assim, é importante pra direcionar o nosso trabalho né, e apoio né... direcionar e apoiar né... (ENF 08)

A necessidade de mudanças na prática profissional torna-se evidente, proporcionando ao enfermeiro conquistar seu espaço e a valorização de sua profissão, delineando as práticas a serem desenvolvidas e fortalecidas. Nesse sentido, Araújo (2003) reafirma que o contexto da atenção básica em saúde, delineado pela ESF favorece o reconhecimento social e fortalecimento da identidade profissional do enfermeiro.

Para efeito de transformação na prática profissional do enfermeiro é imprescindível que o mesmo reconheça o processo pelo qual a profissão emergiu. A necessidade de atuação com uma postura crítica e reflexiva diante de suas práticas viabiliza transformações. A vivência social do enfermeiro permite a ampliação do seu campo de atuação, conferindo ao mesmo absorção de novas ações de cuidado.

Para Pai, Schrank e Pedro (2006), a necessidade de reconhecimento social da profissão torna-se um fato iminente, conduzindo para uma prática que favoreça a luta permanente pela legitimação de suas atividades e conquista de prestígio social. Para tal, torna-se imprescindível uma organização política e social da profissão com o intuito de alavancar sua ocupação e conhecimento, promovidos pela ampliação de

um espaço sócio-político que suscite conquistas e prestígios às competências inerentes da profissão.

Reforçando a análise das representações de valorização e reconhecimento profissional, um dos participantes do estudo enfatizou como é vital o aperfeiçoamento de suas práticas por meio dos cursos de especialização *lato sensu* e *stricto sensu* que auxiliam no direcionamento de suas ações e tornam-se um campo de discussões e reflexões sobre a prática profissional no sentido de empoderamento social da profissão.

A necessidade de reconhecimento e prestígio social da profissão faz com que o enfermeiro busque alternativas para sua qualificação profissional, no sentido de realizar uma prática direcionada e reflexiva. Buscar uma identidade profissional que alcance seus objetivos enquanto detentor de um conhecimento específico e embasado em fatores teórico-científicos estabelece uma conexão com o processo de trabalho e a realidade vivenciada pelo profissional em sua prática diária de serviço.

Para Matumoto *et al* (2011), a limitação do trabalho do enfermeiro está compreendida principalmente na prática incipiente e em demandas específicas nas quais o profissional está inserido e que a necessidade de construção de uma prática ampliada e sólida é favorecida por ações construtivas com embasamento teórico-científico que promovam respostas às necessidades de saúde da população, possibilitando ao profissional a construção e consolidação de um espaço social de reflexão de sua prática.

A necessidade de respaldo de suas ações e ampliação da representatividade social é proporcionada por estratégias que facilitem e estimulem o processo de consolidação da prática social do enfermeiro. Ratificando essa afirmativa, estudos têm evidenciado a elevada procura por maior qualificação profissional, constando que ao longo dos últimos dez anos os enfermeiros investiram em sua formação e capacitação, tanto em cursos *lato sensu* quanto nos *stricto sensu* (BRASIL, 2000; ROCHA, MUNARI, BEZERRA e MELO, 2009; SILVA, MOTTA e ZEITOUNE, 2010).

A ESF torna-se um vasto campo de possibilidade de reorientação das práticas do enfermeiro no sentido de aproximação com seu objeto de trabalho. A incorporação de ações na realidade em que o sujeito está inserido direciona práticas de acordo com as necessidades de saúde de seus usuários. Nesse sentido,

atendem à resolutividade e à integralidade, princípios estruturadores da atenção básica em saúde. É oportuno ressaltar essa perspectiva nos depoimentos abaixo:

quando eu fui para o PSF, é... nós detectamos uma grande camada da população aqui dentro da área com problema de hipertensão e pessoas não faziam seus exercícios, diagnósticos de diabéticos (ENF 03)

se a gente consegue trabalhar direto com as pessoas e conscientizá-las né que é muito melhor você prevenir do que você ter uma doença que pode te causar muitas complicações (ENF 18)

eu acho fundamental por essa proximidade, por a gente tá dentro da comunidade, da gente ser a referência dessa comunidade que eu não sei se num outro nível eu teria essa facilidade por esse vínculo que a gente tem com a comunidade (ENF 19)

Cada vez o enfermeiro vem assumindo um papel relevante no processo saúde-doença e na identificação das necessidades de cuidado, promoção e proteção da saúde da população. A ESF fomenta a participação popular, viabilizando um estreitamento na relação entre os sujeitos, promovendo uma interrelação entre o profissional e os usuários na construção de uma vida mais saudável (BACKES, BACKES, ERDMANN e BÜSCHER, 2012).

Neste contexto, o enfermeiro precisa saber delinear seu campo de atuação seguindo os princípios e diretrizes do SUS, assim como as diretrizes da ESF, em um processo de trabalho que contemple a valorização do sujeito, considerado como ser humano, individual e coletivo, como sujeito e ator social. Logo, atuar no espaço social, identificado como um espaço familiar e comunitário, propicia um aprendizado e troca de experiências contínuas para ambos os sujeitos, seja o profissional ou o usuário.

Portanto, estratégias de intervenção e compreensão da relação entre os sujeitos viabilizam as práticas resolutivas e favorecem o estabelecimento de um foco de cuidado centrado na dialogicidade. Essa afirmativa é corroborada quando Costa *et al* (2009) relacionam o envolvimento dos profissionais com os usuários como forma de reorientação de seu processo de trabalho, enfatizando uma relação assimétrica, na qual um detém o conhecimento científico, com status verídico, enquanto que o outro é meramente receptor das informações oferecidas. As mesmas autoras consideram que

este envolvimento só é possível mediante um processo de diálogo entre os diferentes saberes, no qual cada um contribui com o seu conhecimento peculiar da situação acreditando-se que o desenvolvimento efetivo dessa participação parte de práticas vivenciadas no cotidiano (COSTA *et al*, 2009, p. 117).

Percebe-se que mesmo diante de uma mudança no paradigma de assistência à saúde, os profissionais da atenção básica em saúde ainda atuam de forma descontinuada. Muitos não consideram o saber prévio do sujeito no estabelecimento da mudança no processo saúde-doença, na oferta de internalizar um conceito de prática de educação em saúde. Educar para a saúde permeia o fato de o sujeito adquirir consciência sobre seus hábitos de vida, tornando-os compatíveis com sua realidade de saúde. Educar para a saúde tem como fator intrínseco a promoção e proteção à saúde, tornando como estratégia a conquista dos direitos dos sujeitos envolvidos nesse processo.

Deste modo, a prática educativa remete também a importância de se pensar criticamente na realidade na qual o sujeito está inserido, a fim de criar estratégias apropriadas para sua implementação. Portanto, é imperativo salientar que a educação em saúde como uma prática social possibilita uma reflexão crítica das pessoas sobre suas condições de saúde e a necessidade de mudanças que viabilizem as soluções dos problemas encontrados (ARAÚJO *et al*, 2010). É construtivo (re)pensar acerca da realidade em que o sujeito está inserido, uma vez que a interação com esse meio é condição *sine qua non* para a transformação do mesmo e consequente interiorização do aprendizado, tornando-o apto para intervir de forma autônoma em sua realidade (SILVA, DIAS e RODRIGUES, 2009).

4.2.1.4 A relevância da equipe na ESF sob a ótica do enfermeiro

Outra característica nos diálogos dos entrevistados foi a relevância da atuação de uma equipe multiprofissional na ESF. Diante dos discursos, podemos elencar representações que desvelaram a importância da participação da equipe de saúde que favorecesse o desenvolvimento do processo de trabalho neste âmbito de atenção à saúde.

Nos discursos referentes à ligação com uma equipe multidisciplinar, os participantes do estudo revelaram que a ESF está vinculada a uma prática de

assistência multiprofissional que atua interdisciplinarmente na resolutividade dos problemas da comunidade. Nesse sentido, é válido considerar que uma equipe coesa consegue agir de forma articulada e com maior oportunidade de solucionar os problemas advindos da realidade do sujeito, sendo que, ao contrário, em uma unidade tradicional, talvez isso não fosse possível. Os depoimentos abaixo sustentam a relevância da equipe multiprofissional na ESF:

eu acho assim... do enfermeiro eu acho até melhor sabe que dos outros profissionais, eu acho que quem mais atua nesta área é o enfermeiro mesmo, pelo menos agora não só individual e também em grupo, a gente não vê outras categorias fazendo essas práticas né? (ENF 05)

a gente não pode esquecer que ele tá numa equipe né, e como equipe ele tem também essa grande autonomia né, porque quando eu trabalho com o médico né, quando eu trabalho com agente de saúde, técnicos de enfermagem, eu tenho assim essa oportunidade de tá resolvendo mais coisas que às vezes sozinho eu não vou conseguir, ou talvez numa outra estratégia, por exemplo, numa unidade tradicional eu não vou conseguir (ENF 06)

Olha é importante, porque a gente forma uma equipe né, e essa equipe tenta cuidar da pessoa como um todo, né às vezes tem coisa que é pro médico, tem coisa que é pra mim (ENF 08)

Olha só um detalhe, não só o enfermeiro como todos os demais né profissionais eles são essenciais para que o programa ande, então é como se fosse uma engrenagem, se um não tá funcionando legal vai afetar no trabalho dos demais (ENF 12)

então o que eu vejo hoje é que o enfermeiro ele é muito importante mais que ele sozinho ele não consegue, ele luta, luta contra a maré, entendeu? (ENF 14)

O processo de trabalho desenvolvido na ESF tem facilitado a participação efetiva de uma equipe multiprofissional na resolutividade dos problemas de saúde advindos da comunidade. A característica multiprofissional da ESF e o papel desempenhado por cada profissional revelam a necessidade de atuar de forma integral no atendimento ao usuário. Proposta elaborada pelo Ministério da Saúde, a ESF institui que o trabalho no âmbito da atenção primária à saúde seja realizado por um conjunto de profissionais que executem ações direcionadas e interdisciplinares, com o objetivo de cumprir o princípio da integralidade na assistência ao indivíduo, valorizando, dessa forma, o conjunto de saberes de cada profissional (BRASIL, 2011a).

Trabalhar em equipe pressupõe a identificação de objetivos comuns que são canalizados em situações nas quais apenas um profissional não atingiria a ação necessária para a intervenção comunitário-coletiva. A perspectiva de trabalhar multiprofissionalmente trouxe para o SUS um olhar ampliado sobre o processo de saúde-doença, pela valorização de diferentes saberes profissionais, o que possibilita uma atuação mais direcionada e focada na promoção da saúde da comunidade, com vistas à superação da fragmentação da assistência (BACKES, BACKES, ERDMANN e BÜSCHER, 2012).

O SUS por meio da ESF traz uma ruptura epistemológica com o antigo modelo de assistência, trazendo mudanças no paradigma de atenção à saúde, valorizando o social na produção da saúde. Nesse sentido, vale considerar na consolidação dos princípios do SUS a permanente reafirmação da necessidade de mudanças nas ações de saúde, priorizando ações de promoção e prevenção em detrimento ao assistencialismo curativista. Em contrapartida, para o efetivo fortalecimento das ações preventivas, faz-se vital que os profissionais estejam comprometidos com as mudanças nas práticas assistencialistas. Tal concepção aparece nos discursos dos sujeitos:

a gente fala que o enfermeiro ele aborda com uma outra visão, que é a visão de prevenção, de promoção, né, não aquela visão de curativo, então eu acho que primeiro veio qualificar um pouco mais o atendimento, veio melhorar né, veio dar valor né (ENF 13)

se a equipe toda ela não tiver uma união e vontade de trabalhar pra inversão de modelo, não tiver vontade de trabalhar na prevenção, na promoção, na recuperação da saúde das pessoas a gente não consegue avançar (ENF 14)

É muito fundamental, é a gente trabalhar prevenção que é foco mesmo da atenção primária (ENF 15)

trabalha-se muito na prevenção, na promoção, no tratamento, na parte da recuperação, em tudo (ENF 16)

é de fundamental importância a presença do enfermeiro e que é um profissional que assim que tem muito a contribuir com essa estratégia, nessa luta que a gente tem que é a inversão do modelo que até hoje ainda não aconteceu, mas que é um profissional assim chave nesse acontecimento de inversão de modelo (ENF 17)

o PSF ele foi feito pra prevenção [...] (ENF 20)

Um estudo realizado por Leite e Veloso (2008) indica que a introdução de conceitos de interdisciplinaridade na ESF é de fundamental importância para a modificação nos perfis dos profissionais que atendem à comunidade, no sentido de romper com estruturas verticalizadas e a fragmentação dos saberes. As autoras ainda ressaltam que a formação acadêmica ainda é incipiente para a transformação da realidade da assistência, instruindo profissionais dentro de uma concepção baseada no paradigma flexneriano, que privilegia abordagens individuais, curativistas e hospitalocêntricas. Mesmo com a ampliação e reorganização dos princípios instituídos pelo SUS na ESF, ainda persistem trabalhadores que dispensam seu atendimento em atividades curativas e biologicistas, o que comprova a urgente necessidade de mudanças nas lógicas tecnicistas e fragmentadas, que foram elucidadas pelos depoimentos dos participantes abaixo:

atendimento das necessidades do usuários, chega pede, ah preciso de tal tal papel, uma declaração, então a gente tem que intermediar porque não tem consulta na hora, às vezes pegar, fazer uma avaliação do paciente pra ver se é preciso ser atendido mais rápido ou não... (ENF 09)

eu esperava muito mais do que falam realmente, e eu vejo assim que a prática ainda tá a desejar, ainda é aquela prática assim de prescrição, de procedimentos, promoção e prevenção mesmo acho que a gente ainda fica a desejar... (ENF 17)

por exemplo, o técnico de enfermagem na nossa cidade ele é extremamente curativo, a gente perde muito, porque o técnico ele poderia fazer grupos, sala de espera, mas é necessário que ele esteja na atividade curativa (ENF 20)

O rompimento com o modelo de saúde vigente no Brasil pressupõe a transformação no modelo de formação dos profissionais de saúde. Torna-se imperativo viabilizar mudanças curriculares que apontem para uma reflexão sobre as práticas executadas pelos profissionais da atenção básica em saúde, com vistas à construção de uma nova prática que rompa com ações do modelo queixas-condutas.

Corroborando as afirmativas acima, salientamos que o Ministério da Saúde reconhece que a formação acadêmica brasileira dos profissionais que fazem parte da equipe mínima da ESF não atende às necessidades e os desafios das mudanças no paradigma do modelo de atenção à saúde vigente (BRASIL, 2004). Nesse sentido, ressaltamos a existência de uma lacuna nos cursos de graduação dos profissionais de saúde no intuito de capacitar e habilitar seus acadêmicos para

atuarem na ESF com o objetivo da realização de uma abordagem coletiva mais integralizadora e humanizadora.

A necessidade de um perfil profissional direcionado para os princípios da ESF pode ser evidenciada nos enunciados abaixo:

se não tem pessoas com perfil, assim o perfil que eu falo não é nem assim que gostam da saúde da família, mas que tenha capacidade de se adaptar as regras da atenção primária, a normatização da atenção primária, aos objetivos da atenção primária, se essas pessoas não tiver essa facilidade de adaptação a gente não consegue fazer atenção primária, a gente tá brincando de fazer saúde, né (ENF 14)

a gente vê que hoje a formação é bem mais diferente do que a nossa, a questão assim do comprometimento, porque é bem assim trabalhoso, porque é um trabalho de formiguinha, é persistência, é ficar insistindo muito todos os dias, porque todo mundo ainda hoje não pensa em prevenção (ENF 15)

Diante do déficit na formação dos profissionais de saúde no Brasil, o Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação instituíram iniciativas para o fortalecimento da instrução de seus profissionais. Dentre essas iniciativas, podemos citar o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE), estratégia do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, implementado no país deste o ano de 2005 (BRASIL, 2005b).

Esses programas têm o objetivo de fomentar a formação de grupos de aprendizagem em áreas estratégicas do SUS, servindo de instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais de saúde bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde.

Trabalhar na ESF requer uma aproximação com a comunidade e vivência da realidade dos usuários. Neste âmbito de atenção à saúde, os problemas são evidenciados segundo a existência de fatos reais que podem comprometer a saúde das pessoas. Nesse sentido, cabe ressaltar que a identificação das práticas realizadas na atenção básica por seus profissionais para atender a demanda populacional se justifica no momento que estes trazem para o processo de trabalho contribuições para a resolubilidade dos problemas.

Tendo como premissa as mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas e a formação do profissional de saúde, é relevante (re)pensar

nas mudanças ocorridas pelos currículos de graduação segundo a Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001b). Portanto, a formação deve estar em consonância com os princípios e diretrizes do sistema público de saúde, com o propósito de romper com paradigmas de assistência direcionados para ações fragmentadas, individualizadas e centradas na rede hospitalar.

O grande desafio presente na lacuna entre o ensino e a realidade está na defasagem entre o que se ensina e a realidade observada no cotidiano dos serviços de saúde. Essa falha no sistema de ensino está calcada na influência da formação médica direcionada ao paradigma flexneriano que ainda persiste nas escolas de formação de profissionais de saúde no Brasil. Para transpor essa tendência, Campos, Aguiar e Belisário (2008, p. 1016) relatam que

o grande desafio na formação em saúde no país é o preparo de médicos, dentistas e enfermeiros para o trabalho na Atenção Primária à Saúde no país em especial para a Saúde da Família que combina ações de assistência individual, de saúde coletiva e de Promoção da Saúde, prestando um cuidado integral a toda a comunidade.

As respostas a esse desafio precisam ser urgentes e devem ocorrer com significativas mudanças no sistema de formação desses profissionais. As autoras supracitadas ainda afirmam que essa lacuna na formação só será estreitada no momento em que as escolas forem capazes de se abrirem aos serviços públicos e às comunidades, compartilhando efetivamente seu cotidiano.

A realidade vivenciada pelos profissionais na atenção básica em saúde distorce da formação básica nos cursos de graduação. É essencial que as escolas de formação dos profissionais de saúde estabeleçam um diálogo com a comunidade, procurando entender seus anseios e direcionar seus esforços para a resolutividade dos problemas em consonância com a realidade do local (CAMPOS, AGUIAR e BELISÁRIO, 2008). A divergência entre a formação e a realidade foi observada em um relato de um participante que reflete a visão que o mesmo faz do processo de trabalho na atenção básica em saúde:

depois que a gente entra no PSF que a gente vai ver as diferenças, às vezes a gente tem uma ideia de que no PSF a gente trabalha pouco em relação a nível hospitalar, depois você vê que nosso caso é muito mais pesado que dentro de um hospital, porque você tá convivendo com as pessoas e é difícil você chegar até a pessoa e ela entender [...] essa coisa de você trabalhar assim direto com a

peessoa, às vezes te deixa assim com crise existencial, porque diferente do hospital que você chega e resolveu, ou piorou o melhorou, tem alta curada ou administrativa, você não tem mais ligação com a pessoa, e na saúde da família às vezes você tenta resolver alguma coisa e não consegue e a pessoa vem te buscando, querendo... mas chega uma hora que a gente chega no limite né (ENF 15)

Os profissionais da atenção básica em saúde devem ter paciência e persistência para trabalharem no sentido de compreender as necessidades advindas da comunidade, com o intuito de diminuir a discrepância entre a formação, a realidade do sistema público de saúde e o cotidiano das comunidades. Repetidamente, salientamos em que medida faz-se vital uma transformação nas tendências educacionais de formação dos profissionais de saúde com o objetivo de transpor os problemas metodológicos encontrados na prática das escolas de formação, como a compartimentação do ensino, métodos verticais de transmissão do conhecimento e a didática flexneriana.

A resolução dos problemas pedagógicos dependerá de esforços advindos de todos os agentes responsáveis por essa formação. Campos, Aguiar e Belisário (2008) ressaltam algumas características necessárias para um novo modelo de formação em saúde no Brasil que contemple as necessidades das mudanças no sistema público de saúde vigente, sendo elas: processo de trabalho focalizado em equipe multiprofissional, incentivando a interação entre elas; uso de novas metodologias centradas no discente; atenção aos problemas de saúde locais; direcionamento das pesquisas de forma a responder as necessidades da realidade das comunidades; intensificação das atividades de extensão; multiplicação das esferas de ensino-aprendizagem; vinculação com o sistema local de saúde; maior destaque na atenção básica em saúde com vistas à promoção da saúde e reconhecimento de atitudes éticas e humanas.

As mudanças nos paradigmas de formação dos profissionais de saúde requerem constante participação dos sujeitos envolvidos neste processo e formas de articulação com o sistema de saúde local, uma vez que

educação permanente em saúde é o processo de capacitação que parte da reflexão sobre o que acontece no serviço e sobre o que precisa ser transformado, com o objetivo de mudar o processo de trabalho e melhorar a atenção prestada (CAMPOS, AGUIAR E BELISÁRIO, 2008, p. 1028).

Vale ressaltar que, ao discutirmos as mudanças na formação acadêmica dos profissionais de saúde, salientamos os aspectos advindos das novas tecnologias de formação que favoreceram mudanças na relação entre docentes e discentes, como é o caso da nova tendência do ensino à distância com formação e pós-graduação de profissionais.

4.2.2 PRÁTICAS PREVENTIVAS DE IST/aids: AS REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Nesta categoria, analisaremos as representações dos enfermeiros sobre as práticas preventivas na abordagem das IST/aids. As ações de prevenção das IST/aids estão vinculadas às práticas educativas, mediadas pelos grupos educativos, com destaque para o Grupo de Direitos Reprodutivos (GDR); abordadas em consultas ginecológicas, no momento da coleta do exame Papanicolaou e em abordagens individuais seguindo uma demanda espontânea.

4.2.2.1 A prática educativa na prevenção das IST/aids

Ao identificar a prática educativa como norte para as ações de enfermagem, seja ela realizada em qualquer âmbito de atenção à saúde, esta se torna inerente ao seu processo de trabalho, requerendo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e técnicas específicas para o fortalecimento dos processos educativos. Nessa perspectiva, os depoentes trazem as seguintes representações:

Tem muito educativo em todos os tipos de grupo, né, de hipertensos, diabéticos, na consulta de pré-natal, então você tá sempre praticando isso, o tempo todo. (ENF 02)

na atenção primária, é conhecida como um passo muito importante, até porque nós fazemos palestras, grupos de diabéticos, hipertensos, a gente passa muita informação, então pra prevenção é importante (ENF 03)

Eu acho que seriam os grupos educativos mesmo, porque eles conscientizam que é importante a prevenção, com certeza... (ENF 04)

eu acho que no PSF a gente tem um pouquinho de autonomia em relação assim a essa parte educativa com paciente, essa abordagem assim a gente tem (ENF 05)

Olha eu acho que o enfermeiro já é um dom nosso, qualquer oportunidade que a gente tem a gente tá orientando (ENF 11)

Significa uma parte do meu trabalho né, porque gente trabalha muito com prevenção, com promoção, então eu entendo que faz parte do meu trabalho. (ENF 19)

eu acho que a chance ela seria mesmo o acesso aos grupos de educação em saúde (ENF 20)

Ao serem destacadas representações relacionadas às práticas educativas na atenção básica em saúde, as abordagens preventivas se direcionavam em ações exclusivas e conduzidas em grupos específicos. Nesse sentido, o âmbito da atenção básica em saúde torna-se um cenário privilegiado para o desenvolvimento dessas práticas educativas, com vistas à maior proximidade com a comunidade e a ênfase em ações preventivas e promocionais da saúde.

A educação em saúde perpassa todos os níveis de atenção à saúde. Contudo, ela é mais evidenciada no campo da atenção básica em saúde, concretizada pela ESF, uma vez que segue o modelo de promoção social da saúde (RUMOR *et al*, 2010). Inúmeras são as estratégias de enfrentamento da disseminação das IST/aids, tanto no âmbito individual ou coletivo, sendo necessário que os profissionais sistematizem suas práticas no direcionamento de ações eficazes e resolutivas.

Nessa perspectiva, a enfermagem tem um papel relevante na prática educativa em atenção básica em saúde, na qual Acioli (2008, p.118) refere que:

A Enfermagem tem, na ação educativa, um de seus principais eixos norteadores que se concretiza nos vários espaços de realização das práticas de Enfermagem em geral e especialmente no campo da Saúde Pública, sejam elas desenvolvidas em comunidades, serviços de saúde vinculados à Atenção Básica, escolas, creches, e outros locais.

O método educativo tem como sua base a informação que é o elemento central do processo de comunicação, que requer relação interpessoal entre os sujeitos envolvidos. A necessidade de reflexão sobre as práticas educativas na atenção básica em saúde remete à forma com que esse processo comunicacional está sendo realizado. Transcendendo as normatizações e conteúdos explicitatórios, as práticas educativas devem destoar de uma metodologia bancária, unidirecional e impositiva, principalmente quando referente à prevenção das IST/aids.

Fica evidente que a maneira de trocar as informações sobre conteúdos específicos que não refletem a realidade dos sujeitos envolvidos não se configura como satisfatória para o direcionamento de práticas preventivas que favorecessem a redução da vulnerabilidade às IST/aids. Ressaltamos que a mudança na metodologia de transmissão das informações deve ser considerada e (re)pensada

no sentido de adotar estratégias que viabilizem o ensino e a utilização desse recurso como fator de mudança nos hábitos de vida.

Nessa perspectiva, é fundamental que o profissional enfermeiro não só atue no intuito de “saber fazer”, como também na constante reflexão crítica de sua prática educativa, a fim de torná-la aplicável ao cotidiano da comunidade no qual o profissional está inserido. A articulação entre os saberes e os sujeitos está pautada na prática educativa e, de acordo Paulo Freire (2011, p. 47), “saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou sua construção”. Contudo, a prática educativa levantada pelos participantes do estudo não pode estar caucada em abordagens distanciadas da realidade do sujeito, na qual são mantidos comportamentos e questões pessoais, muitas vezes, culturalmente arraigados.

Portanto, as práticas preventivas na abordagem das IST/aids realizadas pelos enfermeiros na ESF devem considerar a realidade do sujeito, possibilitando a apreensão das características e peculiaridades da população assistida, a fim de propor intervenções adequadas com relação aos problemas específicos. Diversos estudos corroboram que a identificação da realidade social do sujeito deve ser considerada no desenvolvimento de práticas educativas e/ou preventivas na abordagem das IST/aids e, segundo os mesmos, as novas atividades educativas devem ser consoantes com os princípios e diretrizes do SUS (ACIOLI, 2008; SILVA, DIAS e RODRIGUES, 2009).

Cada vez mais o enfermeiro tem um papel decisivo na identificação das necessidades de cuidado da população, assim como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos. Nessa perspectiva, o cuidado sendo considerado como seu objeto de trabalho é o componente fundamental para o desenvolvimento de práticas sociais mais reflexivas, críticas e resolutivas.

Olhar para a atenção básica em saúde como o único nível responsável pelo desenvolvimento de práticas preventivas é desconsiderar a ação dos profissionais de níveis mais complexos de assistência à saúde, no qual também se realiza educação em saúde, contudo, muitas vezes, com focos diferentes e com outras metodologias. No âmbito da ESF, o controle da disseminação das IST/aids é favorecido no ponto de vista que as atividades educativas se concentram tanto nos riscos inerentes aos comportamentos inadequados de vida quanto na aproximação

com o usuário, estabelecendo a identificação do contexto cultural em que o sujeito está inserido.

Quando questionados sobre as práticas preventivas realizadas na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids, a característica na fala dos entrevistados foi a percepção de uma prática de orientação e repasse de informações a respeito dos métodos preventivos dessas doenças. Consideram que o processo educativo é de responsabilidade do enfermeiro e que o mesmo ainda se pauta em metodologias educativo-preventivas com abordagens focalizadas nas consequências das moléstias na saúde dos sujeitos. As considerações acima são explicitadas nos depoimentos abaixo:

na atenção primária, é conhecida como um passo muito importante, até porque nós fazemos palestras, grupos de diabéticos, hipertensos, a gente passa muita informação, então pra prevenção é importante, [...] nós orientamos sobre as doenças e fica muito claro pra eles que o nosso objetivo não é só evitar a gravidez. (ENF 03)

a gente aborda em grupos educativos, igual agora eu to fazendo grupo hoje de direitos reprodutivos a gente aborda no último dia também DST/aids, a gente faz essa abordagem com eles. (ENF 05)

Pra mim é a gente tá fazendo as palestras, os grupos educativos com a comunidade, tá orientando eles né sobre alguns métodos que eles podem tá usando pra evitar as doenças transmitidas pelo sexo, [...] porque a gente tem aí a aids, a hepatite, o HPV né... que são doenças sérias que tem ser falada, tem que fazer bastante propaganda em cima disso, fazer bastante grupo educativo porque são conversas sérias né? (ENF 07)

é... quais são as doenças sexualmente transmissíveis, é... como prevenir principalmente né, é e eu acho que é você tá informando as pessoas o que são as doenças sexualmente transmissíveis e as formas né de prevenção que existem, eu acho que é isso. (ENF 10)

Uê a prática preventiva teria que ser através de grupos né, de orientações com a comunidade, né... é isso, orientações. (ENF 11)

you orienta, you incentiva, you mostra, eu tenho por exemplo um atlas que são só sobre DST, quando tem os grupos de direitos reprodutivos que às vezes a gente também faz né, já tem um tempo que eu não to fazendo. [...] eu acho que tem um campo enorme hoje pro enfermeiro tá atuando, né, dentre elas tem as DST, tem as doenças sexualmente transmissíveis, tem uma série de outras doenças preveníveis que você tem por vacina, por isso né, então acho que cabe orientação. (ENF 12)

Significa informação, significa a gente proporcionar as pessoas o máximo de informação de várias formas porque às vezes você fala

as pessoas estão careca de saber, [...] nós da atenção primária temos que procurar falar a mesma coisa de forma diferente pra ver se alguma vez estas falas, né, essa orientação atingem as pessoas. (ENF 14)

trabalha com o grupo educativo, principalmente de direitos reprodutivos que é a prevenção da doença. (ENF 15)

Prevenção é a gente tá atuando antes que a doença se instale né, tá fazendo as práticas educativas principalmente com o pessoal mais jovem, [...] geralmente é o enfermeiro mesmo é quem trabalha com essa parte, é a gente que faz esses grupos educativos, de direitos reprodutivos, de DST/aids, a gente é que faz bastante, aqui pelo menos o médico não faz não, fica pra nós mesmo. (ENF 16)

além dos grupos educativos que a gente trabalha, que é o grupo de direitos reprodutivos, aonde a gente trabalha muito a questão do planejamento familiar e das doenças sexualmente transmissíveis. (ENF 18)

A prática representada no estudo está focalizada apenas em grupos educativos específicos e que elencam características populacionais peculiares. Essa evidência se afirma no estudo realizado por Silva, Dias e Rodrigues (2009) quando os autores referem que as práticas de educação em saúde se concentram em grupos específicos e que a formação desses grupos é preconizada pelo Ministério da Saúde segundo suas políticas públicas de saúde, estabelecendo a realização de ações em datas comemorativas nacionais, como é o caso do Dia Mundial de Combate à AIDS, no dia primeiro de dezembro. Essas ações são efetuadas com um grande contingente populacional e relacionadas a determinados problemas.

Essa peculiaridade de prática preventiva, principalmente relacionada à prevenção das IST/aids, reflete ações centralizadas e que não utilizam temáticas próprias, sem fundamentação teórico-metodológica, e desvincula as particularidades e necessidades do território, neste caso, da comunidade adstrita.

Estudo realizado por Navarro *et al* (2011) ratifica os achados encontrados na pesquisa quando afirmam que as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde na atenção básica para a prevenção do HIV/aids são destacadas no processo comunicacional, tendo a divulgação de informações seu eixo condutor para abordagens que envolvem temas complexos como sexualidade e comportamentos de risco.

Considerando o percurso teórico-metodológico seguido pelos enfermeiros na realização das práticas preventivas na abordagem das IST/aids, Acioli (2008)

ressalta que as práticas educativas expressadas como um cuidado de Saúde Pública devem se fundamentar em princípios que norteiam as mesmas, sendo eles: a dialogicidade, compreendida como a identificação da escuta do outro, o conhecimento prévio do sujeito como ponto chave do início das práticas e a troca de saberes e experiências, uma vez que a construção do conhecimento está relacionada com a perspectiva da troca de conhecimentos e não como um saber hierarquizado, predominante de uma classe social que é depositado no sujeito. Ainda segundo a autora, a prática educativa centralizada na dialogicidade e na troca de experiências entre os sujeitos rompe com o modelo normatizador imposto pela prática higienista na qual a educação em saúde era considerada como repasse de informações.

Consideramos que, aproximadamente há mais de 30 anos dos primeiros casos identificados de aids no mundo, ainda nos deparamos com o esforço das autoridades públicas de saúde em divulgar informações que esclarecessem a população sobre a abordagem preventiva das IST/aids, com o intuito de superar os desafios e possibilitar comportamentos preventivos para o contágio dessas doenças.

4.2.2.2 As abordagens específicas do enfermeiro nas práticas preventivas de IST/aids

Diversas são as políticas públicas que embasam o desenvolvimento de práticas preventivas na atenção básica em saúde para a abordagem das IST/aids (BRASIL, 2008a; 2008b; 2008c; 2005a; 1999a). Contudo, os profissionais entrevistados ainda trazem representações sobre a adoção de medidas preventivas em grupos específicos, o que desconsidera uma parcela da população. Muitas dessas abordagens são realizadas em consultas ginecológicas (coleta do material citopatológico do colo do útero – Papanicolaou) e nos grupos de direitos reprodutivos, nos quais os depoentes consideram ser momentos essenciais para o desenvolvimento de abordagens preventivas das IST/aids. As falas abaixo retratam essas representações:

dentro do preventivo, dentro do grupo de direitos reprodutivos... (ENF 01)

É abordar o paciente individualmente, eu acho também em consulta, principalmente no preventivo (ENF 05)

elas ocorrem não só individualmente, né enquanto você tá fazendo um preventivo você pode abordar essas questões, conversar com a mulher, levantar como é a questão da vida sexual dela e saber como ela tá se prevenindo, e também coletivamente, você pode lançar mão das reuniões que você tem, da sala de espera, na questão dos grupos de direitos reprodutivos que é um momento bastante rico pra gente discutir (ENF 06)

No meu trabalho é só no grupo de direitos reprodutivos e aqui no preventivo. (ENF 08)

também nesses grupos de direitos reprodutivos principalmente, a gente aproveita os momentos pra tá falando sobre as doenças sexualmente transmissíveis, né a forma que a pessoa tem de prevenir, [...] principalmente nos grupos de direitos reprodutivos, grupo de gestante é que a gente tem mais chances de tá fazendo essa abordagem (ENF 10)

E nas consultas também né, preventivo, quando a gente faz o preventivo, que a gente tem uma agenda de preventivo, então a gente tá sempre explicando. (ENF 11)

aí a gente faz três reuniões e na última a gente aborda de forma simplificada a questão da DST/AIDS, [...] a outra é quando a mulher faz o preventivo que a gente tem uma mini abordagem também em relação a isso, né pra gente poder ver, né a gente pergunta a questão do parceiro, né da atividade sexual (ENF 13)

um dos momentos que é importante é na hora do preventivo, que ali o atendimento é individual e que já tem um check list que a gente vai completando e a vai aproveitando pra tá abordando (ENF 15)

né elas chegam ou com alguma queixa ou a gente detecta alguma alteração durante o preventivo, durante o próprio pré-natal também, né então todo atendimento que a gente tem o contato com a mulher sempre há a chance de aparecer uma queixa dessa da gente tá atenta a um problema de DST. (ENF 19)

eu acho que deve ser feito individualmente, na hora do preventivo, porque quando você vai fazer o preventivo não lembra nada que você disse no grupo, então por isso que eu acho que a gente não pode fazer preventivo em massa, o preventivo ele tem que ser feito com tempo, é uma hora pra preventivo, pra você fazer esse tipo de prevenção naquele momento com a mulher. (ENF 20)

deixa pra falar isso no grupo de direitos reprodutivos, porque daí como a gente vai lidar com a sexualidade, vai falar de anatomia, do homem da mulher, e ali a gente vai ter a fala sobre as DST que envolve o tema e depois entra nos direitos reprodutivos, mas essas DST aí a gente faz um comentário geral das principais doenças, as mais comuns né (ENF 27)

é abordado no resultado de preventivo e durante a realização do preventivo, quando eu faço um grupo de direitos reprodutivos [...] (ENF 28)

Nas consultas, durante os preventivos a gente sempre tá orientando, por exemplo, eu no preventivo eu não falo de todas as doenças, a gente cita algumas doenças que podem ser transmitidas através da relação sexual, [...] normalmente durante as consultas médicas e de enfermagem a gente aborda isso também e a mulher a gente sempre pergunta se o preventivo tá em dia, mamografia. (ENF 30)

Ancoradas nas representações elaboradas pelos sujeitos do estudo, identificamos que as práticas preventivas desenvolvidas na atenção básica em saúde são práticas direcionadas às orientações em abordagens específicas, como a investigação do comportamento sexual feminino, os grupos de educação sexual e reprodutiva e os aconselhamentos individuais, salientando o momento da realização do preventivo primordial para o desenvolvimento dessas atividades de prevenção das IST/aids.

Ao analisarmos essas afirmativas, identificamos que a abordagem preventiva das IST/aids no âmbito da atenção básica em saúde é focalizada no gênero feminino, evidenciado no momento dos exames ginecológicos. Nesse sentido, a relação de gênero está sendo desconsiderada e apenas salientada a participação da mulher na prevenção das IST/aids.

Mesmo diante da crescente incidência do número de mulheres no contexto da epidemia, sendo esta caracterizada novamente como a de maior taxa no Sistema de Informação em Saúde, totalizando 86,8% de casos notificados até junho de 2012 (BRASIL, 2012a), é imprescindível considerar a participação masculina na prevenção das IST/aids, pois este também tem um papel relevante na transmissibilidade dessas doenças.

Caracterizando a transmissão sexual como sendo a maior porcentagem no aumento dos casos de HIV/aids no Brasil, não podemos deixar de lado a participação do homem na evolução dessas doenças na população (BRASIL, 2012a). É evidente nas falas dos entrevistados que o determinante de baixa frequência dos homens aos serviços de saúde deve-se ao fato de que esta parcela da população não se preocupa com os problemas decorrentes de seus hábitos inadequados de vida. Desse modo, práticas desenvolvidas para a prevenção das IST/aids na atenção básica em saúde devem levar em conta a participação maciça

desse contingente a fim de permitir uma saúde sexual saudável e que contribua para a redução da vulnerabilidade a essas doenças.

No sentido de aumentar a busca por uma saúde segura e com qualidade de vida, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que deve ser alinhada à atenção básica em saúde, com o intuito de propor estratégias para o fortalecimento de ações direcionadas a esse grupo (BRASIL, 2008b). A não procura pelos serviços de atenção básica pelos homens faz com que os mesmos se privem de condições essenciais para a prevenção e preservação de sua saúde.

Cumpram aqui destacar a valorização da participação masculina nos grupos de planejamento familiar, uma vez que o homem também deve ser reconhecido como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos. As práticas desenvolvidas para essa finalidade devem abarcar não só conteúdos referentes ao planejamento familiar, como também informações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e o acesso facilitado para os métodos preventivos das IST/aids.

Quando nos deparamos com as práticas preventivas que não promovem a inclusão masculina no seu processo de planejamento e implementação, por meio da busca ativa e/ou desenvolvimento de atividades que acolhessem esses indivíduos, favorecemos o aumento da vulnerabilidade a que o sujeito está exposto.

Se diversos são os fatores contextuais que influenciam no aumento da vulnerabilidade à infecção pelas IST/aids, Ferraz e Nemes (2012, p. 272) consideram que “as abordagens preventivas baseadas exclusivamente na cognição e na responsabilidade individual pela exposição ou pela proteção são insuficientes para controlar a epidemia”. A elaboração de práticas preventivas de infecções requer a mobilização dos profissionais de saúde, em especial os da ESF, para a definição de respostas emergentes que contribuam para a redução de vulnerabilidades em diferentes níveis (individual, social e programática).

No contexto das políticas de prevenção das IST/aids no Brasil, devemos considerar que a noção de vulnerabilidade amplia a compreensão sobre os fatores condicionantes e determinantes inerentes ao processo dinâmico da epidemia. Nessa perspectiva, oferece subsídios para a intervenção sobre as necessidades de saúde da população, prevendo ações que viabilizem a redução da vulnerabilidade das IST/aids, seja no âmbito pessoal, institucional ou social (BRASIL, 2008c; FERRAZ e NEMES, 2012).

Há de se considerar a iminente necessidade dos enfermeiros de desenvolverem estratégias de inclusão do gênero masculino nas práticas diárias da unidade de saúde, considerando a dimensão social que este sujeito tem sobre seu projeto de vida e de seus comunicantes.

Outro aspecto relevante nos depoimentos é a realização do exame preventivo como uma prática preventiva de IST/aids desenvolvida nos momentos das consultas ginecológicas. Essa prática ratifica as ações de prevenção e controle do câncer do colo de útero e da mama, reforçando com isso medidas inerentes à redução da vulnerabilidade às IST/aids. Cabe destacar nas falas abaixo tais afirmações:

eu detectei assim, nos meus preventivos, eu detectei... ah, detectei sim, HPV. HPV e já me NIC II pra III em uma moça de 30 anos (ENF 03)

Eu abordo nos... durante os preventivos, né prevenção de câncer de colo de útero né, eu abordo (ENF 05)

também pelo fato dos enfermeiros desenvolverem a questão da prevenção do câncer de colo de útero, né o preventivo, a grande maioria deles aborda essa questão (ENF 06)

Igual, por exemplo, o HPV, duzentos por cento dos casos de câncer de colo de útero a gente sabe que é pelo HPV, transmitido via sexual né, então assim é de grande importância (ENF 07)

a mulher vem pra fazer um preventivo, você vai aproveitar pra falar, né da prática, do uso da camisinha, dos múltiplos parceiros... aquela história toda (ENF 17)

acho que assim no preventivo a sua cabeça ta mais de noventa por cento voltada pra isso porque na verdade pra nós é muito mais que isso, é na verdade a prevenção das DST e do câncer (ENF 20)

Como destacado pelo Ministério da Saúde, as IST são consideradas um grave problema de saúde pública no Brasil e em todo o mundo, tornando um meio facilitador da transmissão sexual do vírus HIV (BRASIL, 2006a). As práticas desenvolvidas para a prevenção do câncer do colo de útero e de mama colaboram de forma indireta na redução da vulnerabilidade dessas doenças, uma vez que se evidenciam nesses grupos estratégias de direcionamento para uma prática sexual segura, reforçando a adoção de medidas preventivas relacionadas às IST/aids.

O desenvolvimento de práticas preventivas na abordagem das IST/aids no momento da coleta do exame preventivo corrobora a necessidade da realização da abordagem sindrômica das IST/aids. As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros

participantes não demonstram a preocupação com a questão da realização dessa abordagem. Quase nenhum mencionou a realização dessa prática, tão essencial para auxílio na tomada de decisão desses profissionais.

O manejo clínico, de responsabilidade do enfermeiro durante suas consultas ginecológicas, deve reiterar os princípios e diretrizes previstos no controle das IST/aids. Como ferramenta que auxilia na conduta do profissional diante de casos de doenças transmitidas pelo sexo, a inclusão da abordagem sindrômica torna-se um método que favorece o tratamento imediato, sendo desnecessário esperar pela confirmação de exames.

O Ministério da Saúde prevê o desenvolvimento desse método como forma de direcionar as ações preventivas em relação às IST/aids (BRASIL, 2005a). Cabe, no entanto, que o profissional enfermeiro utilize essa prática preventiva para que amplie a cobertura e interrompa a cadeia de transmissão das doenças. Salientamos que, sendo parte da estratégia direcionada para a redução da vulnerabilidade às IST/aids proposta pelo Ministério da Saúde, nem todos os participantes do estudo a representam como critério para o manejo de suas práticas, permitindo assim o aumento da vulnerabilidade programática, devido ao descomprometimento com ações de enfrentamento desse problema.

A inclusão da abordagem sindrômica nas consultas de enfermagem, além de possibilitar o aprimoramento das condutas preventivas relacionadas às IST/aids, facilita a focalização dos componentes que devem ser avaliados. De acordo com Santos *et al* (2005), uma das vantagens de trabalhar com essa metodologia é devido aos seus componentes verticalizados que favorecem a identificação de indicadores que potencializam a resolutividade dos problemas.

Essa análise evidenciou que as representações das práticas desenvolvidas no momento da coleta do exame citopatológico e/ou em queixas advindas da demanda espontânea nas consultas ginecológicas ainda estão enraizadas na investigação do comportamento sexual das mulheres, sendo direcionadas para ações curativas de tratamento dos sinais e sintomas decorrentes de alguma IST. Nesse sentido, Cordeiro (2008) enfatiza que a ação evidenciada como sendo de abordagem sindrômica conduz um direcionamento eficaz das práticas, que, mesmo não permitindo o diagnóstico etiológico, proporciona uma alternativa viável de baixo custo na investigação epidemiológica das IST, possibilitando a identificação de casos sintomáticos e atuando na interrupção da transmissão.

Vale ressaltar que o desenvolvimento de uma atividade preventiva que represente apenas a prática da técnica de coleta do exame citopatológico perfaz um ato meramente médico, centrando os cuidados em uma perspectiva exclusivamente curativista. Assim, inferimos que o desenvolvimento dessas práticas, frequentemente, são direcionadas às doenças específicas, com o objetivo de redução de suas complicações.

No campo das práticas preventivas, Silva, Dias e Rodrigues (2009, p. 1459) consideram que “a demanda curativa excessiva que deve ser atendida pelos profissionais é vista como um dos principais entraves à realização de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde”. Nesse sentido, cabe ao profissional enfermeiro o redirecionamento de suas práticas preventivas, identificando suas potencialidades, propiciando maior visibilidade à sua prática, com o intuito de melhor aproveitamento de sua força de trabalho, que refletirá na melhoria da assistência prestada.

Quando citam que as práticas de prevenção de IST/aids na maioria das vezes são realizadas nos grupos de direitos reprodutivos, estas são abordadas de forma limitada e geralmente no último dia de encontro desse grupo. Fica evidente que o planejamento familiar realizado por meio do grupo de direitos reprodutivos é uma prática inerente ao enfermeiro e que o mesmo inclui nessa atividade educativa a prevenção das IST/aids. Contudo, relatam em seus depoimentos que a população não está empenhada na prevenção de uma doença transmitida pela via sexual, mas sim na busca por um método contraceptivo que evite a gravidez indesejada.

É... infelizmente é mais para conseguir o... método que eles querem optar, o método contraceptivo, entendeu? Geralmente é isso, é como se eu fizesse uma troca, [...] quando o usuário quer alguma coisa em troca ou fazer uma laqueadura ou outro método contraceptivo, aí sim ele aparece porque ele se interessa (ENF 04)

a gente explica no primeiro dia que são três encontros e geralmente eles não gostam, ah achei que era só um encontro... e a gente fala que tem que ter no último encontro DST/aids, [...] infelizmente a gente não tem muita adesão da comunidade, o que vem pra gente pro grupo é só quem quer fazer laqueadura, vasectomia, ninguém tá interessado em DST/aids, ninguém interessado no assunto (ENF 05)

o enfermeiro ele atua bastante, porque a maioria dos enfermeiros que eu conheço, pelo menos a maioria dos enfermeiros que eu conheço eles atuam com o grupo de direitos reprodutivos, então eu vejo que eles abordam essa questão [...], no grupo de direitos reprodutivos é o momento que a gente traz, aí a gente primeiro lança

mão daquilo que a pessoa sabe né, [...] tentando saber como é que é a prevenção, como é que é a doença, como é que se previne, acho que tem que focar muito a questão da prevenção, não ficar falando né que é isso, isso e isso.. que previne assim, assim e assim... você parte do ponto de vista da pessoa, né? e ela lança pra você a vivência dela e depois ela vai tirando as conclusões próprias da importância por exemplo de usar o preservativo, e ela mesmo vai construindo aquilo, e depois a gente mostra o álbum seriado do Ministério da Saúde que tem as doenças, até pra gente dá condição (ENF 06)

porque eu começo o grupo de direitos reprodutivos falando muito sobre DST e eu abordo a DST assim... não mostrando assim gente a sífilis é... eu falo sobre cada uma doença, mas eu muito o quê que a pessoa tem que observar no corpo pra poder procurar uma UBS (ENF 08)

A gente tem os grupos de direitos reprodutivos, né que é onde é abordado (ENF 17)

durante os grupos de... os GDR né, direitos reprodutivos a gente também fala alguma parte, a gente tem um contato... (ENF 19)

está incluída junto com os direitos reprodutivos, é corrido, rápido, são três reuniões, e às vezes não dá tempo de voce falar tudo (ENF 26)

Em relação ao grupo de direitos reprodutivos são três dias, normalmente são três encontros né, primeiro fala no geral dos contraceptivos, cada profissional tem uma forma de fazer, aí no segundo encontro sempre tem uma, a gente faz uma dinâmica pra elas relaxarem, ficarem mais a vontade né, aí vai falando sobre cada método, aí nós temos um álbum seriado, onde a gente mostra as doenças com o álbum, aí a gente dá um panfleto pra eles levarem pra casa, pra eles terem lendo e no próximo encontro terem tirando dúvidas, esclarecendo [...] (ENF 30)

nos grupos de direitos reprodutivos a gente aborda isso diretamente, normalmente a gente tem o material do Ministério, pega e tudo, [...] apresento consequências quando a gente fala de sífilis congênita, apresento uma fotografia, para que eles reflitam como conviver com aquele caso de sífilis congênita, então a gente tem que trabalhar nos dois sentidos, e também com as questões de trabalhar mesmo, de manusear a camisinha masculina e feminina (ENF 31)

Ao analisarmos o planejamento familiar como uma prática representativa de prevenção das IST/aids pelos enfermeiros, evidenciamos que essa atividade engloba questões referentes à fecundidade, aos direitos humanos, às práticas sexuais e à liberdade de escolha. Regulamentado pela Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, o planejamento familiar define um conjunto de ações de regulação dos

direitos iguais de homem e mulher relacionados à saúde sexual e reprodutiva previstos constitucionalmente (BRASIL, 1996b).

Segundo o Ministério da Saúde, direito reprodutivo se configura como:

Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos e o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. (BRASIL, 2006b, p. 4).

E direito sexual como:

Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminação e imposições e com respeito pleno pelo corpo do (a) parceiro (a); direito de escolher o (a) parceiro (a) sexual; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; direito de viver a sexualidade independente do estado civil, idade ou condição física; direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual; direito de expressar livremente sua orientação sexual [...]; direito de ter relação sexual independente da reprodução; direito ao sexo seguro para prevenção de gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS; direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade sem discriminação e direito à informação e à educação sexual e reprodutiva. (BRASIL, 2006b, p. 4).

No que se refere às práticas preventivas desenvolvidas nos grupos de planejamento familiar pelos enfermeiros participantes do estudo, as iniciativas previstas pelo Ministério da Saúde são consolidadas quando relacionadas às atividades de prevenção das IST/aids e da gravidez indesejada.

O desenvolvimento dessas práticas pelos enfermeiros da ESF redireciona as ações para a redução da vulnerabilidade programática a que a população está exposta. Perdura por esses profissionais a identificação do método preventivo mais eficaz tanto relacionado à gravidez não planejada quanto às IST/aids, o preservativo:

a gente orienta o uso do preservativo, porque muitos fazem a opção pela pílula e então a gente fala, sempre o preservativo é importante, a gente orienta como não usar, né, de que forma usa, né, então é toda aquela orientação básica (ENF 03)

a gente verifica qual o método anticoncepcional, a gente orienta que além do método contraceptivo pra ela escolher é importante também o uso da camisinha, do preservativo masculino ou feminino né, porque a gente aproveita esses momentos, [...] a gente verifica que muitas vezes não tá sendo usado corretamente o método, né principalmente o preservativo, que além da gravidez, ele previne as

doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a aids, então eu acho também que é uma forma (ENF 10)

a gente já trabalha muito da importância do preservativo, principalmente o preservativo masculino, né que é barato, de fácil acesso, que as pessoas conseguem adquirir até na unidade através da distribuição do Ministério da Saúde (ENF 18)

Oriento como coloca, como tira, a importância do uso, [...] deixo também bem reforçado que o único método de evitar as doenças é o preservativo né, que a gravidez tem outros métodos, mas as doenças é só com o preservativo desde o início antes de qualquer penetração, também a questão de gênero e sexualidade também é discutida (ENF 25)

a dinâmica prática mesmo é a questão da colocação da camisinha de colocar e retirar, a gente orienta tanto a masculina quanto a feminina, a gente demonstra como coloca a camisinha, eu tenho a prótese feminina e a gente mostra como coloca, o objetivo é o mesmo da masculina né (ENF 27)

Estratégias de prevenção primária favorecem a interrupção do processo infeccioso, evitando que os agentes patogênicos se instalem e/ou iniciem seu desenvolvimento. Sabe-se que a medida preventiva centralizada duplamente na prevenção do risco de transmissão das IST/aids e da gravidez não planejada é o preservativo, masculino ou feminino. Cumpre destacar que os depoentes representam o preservativo como a principal alternativa de interrupção da transmissibilidade dessas doenças.

Mesmo sendo o preservativo a alternativa de referência para a interrupção na cadeia de transmissão das IST/aids, não podemos deixar de considerar medidas como a redução do número de parceiros, que favorece a diminuição da vulnerabilidade individual. Cabe como uma das práticas preventivas realizadas pelos enfermeiros legitimar a redução dos danos causados por essas doenças por meio de estratégias que desenvolvam o empoderamento da população para a aquisição de comportamentos sexuais seguros.

Ainda que o preservativo masculino seja considerado mais acessível à população, os enfermeiros mencionam o feminino durante a realização de suas práticas preventivas. Contudo, mesmo sendo apresentado durante essas práticas, muitas mulheres ignoram seu uso, seja por desconhecimento ou pela indisponibilidade desse insumo nos serviços de saúde locais.

É salutar evidenciar as conquistas das mulheres com a ampliação do acesso aos insumos preventivos, em especial o preservativo feminino. Esse método de

prevenção ampliou o controle das mesmas sobre suas práticas preventivas, propiciando maior autonomia sobre seu corpo e sua prática sexual. Permitiu colocar a mulher no posto de decisão sobre seu uso e que a mesma não dependerá da vontade de seu parceiro, além de ser constituído de um material mais resistente e menos alergênico (ONUSIDA, 1998 *apud* REIS, 2010).

Refletindo sobre essa questão, compete ao enfermeiro atuar de forma que as mulheres sejam participativas na escolha do método de proteção mais seguro em suas relações sexuais, conduzindo práticas sexuais que propiciam a redução da vulnerabilidade individual às IST/aids.

A partir da menção às práticas educativas representadas pelos depoentes, percebemos que, mesmo diante das práticas realizadas nos GDR, os enfermeiros relatam a ausência de uma atividade que aborde especificamente a prevenção das IST/aids. Elencam representações que ratificam a desconsideração da população quanto à realização desses grupos:

não tem um grupo voltado para isso (ENF 01)

aqui no posto, em particular, a gente não chegou a fazer nenhum grupo específico pra doença sexual (ENF 11)

mas não existe uma reunião específica pra doenças sexualmente transmissível, é mais no final do grupo de direitos reprodutivos, a gente tem um álbum seriado e a gente mostra, fala da forma de transmissão, mas eu não faço um grupo de doenças transmissíveis, não conheço ninguém que faça (ENF 28)

Saber trabalhar a questão do grupo preventivo de doenças transmitidas sexualmente requer dos profissionais habilidades e competências que muitas vezes estão ligadas aos comportamentos e crenças dos próprios profissionais. O fato de saber trabalhar com essa temática é condição imprescindível para o desenvolvimento de práticas direcionadas para a redução de casos dessas doenças.

O trabalho de prevenção das IST/aids deve ir além de conceitos biomédicos, requer discussão sobre o corpo e as vivências da própria sexualidade, no intuito de fortalecer a consciência da importância de se cuidar (BRASIL, 2008a). Cabe ao profissional enfermeiro o desenvolvimento de estratégias que despertem em seus usuários o sentido de responsabilidade social, formulando uma metodologia de assistência pautada na participação de cada elemento no processo de desenvolvimento das práticas preventivas na abordagem das IST/aids.

Consideramos que discutir a questão de sexo não é confortável para muitas pessoas, por causa de estigmas, medos, desconfianças e devido também à própria cultura à qual estamos inseridos, que favorece o bloqueio do diálogo. Contudo, cabe ao enfermeiro, detentor de um saber técnico-científico, a incorporação de métodos e habilidades comunicacionais e relacionais que promovam o desenvolvimento da consciência crítica na população, fortalecendo o elo da mesma com a unidade de saúde e o profissional, incumbindo esses usuários para a apropriação de hábitos saudáveis de vida.

Consideramos que deva existir uma educação preventiva voltada para a liberdade de escolha da pessoa, capacitando-a para a formação de uma consciência crítica sobre o assunto e não na inserção de conteúdos fechados que tem como objetivo domesticar os indivíduos para obedecerem a normas de conduta. A prática educativa em saúde retorna como uma estratégia de transformação social, que segundo Alves e Aerts (2011), torna-se um complemento para mudanças estruturais e metodológicas na área da saúde no sentido de valorização e empoderamento dos indivíduos com o intuito de desenvolver neles uma reflexão crítica sobre as causas de seus problemas de saúde.

As mesmas autoras supracitadas enfatizam ainda que os profissionais de saúde seguem práticas impositivas e ações prescritivas sobre o comportamento mais adequado da saúde das pessoas, desconsiderando o "saber-viver-adoecer" da própria comunidade, por meio do reconhecimento de sua realidade sócio-cultural (ALVES; AERTS, 2011). Há de se considerar nessas representações que os profissionais adotando essas práticas se distanciam cada vez mais do vínculo com a população que está sob sua responsabilidade.

Observamos que, diante das representações, os sujeitos possuem dificuldade de atuar com um conceito ampliado de saúde, não conseguindo atingir os problemas reais de suas comunidades. Dessa forma, consideramos a necessidade de uma abordagem ampliada para além dos muros da unidade de saúde, atuando diretamente na realidade social do sujeito, conhecendo a mesma e propondo soluções que se adéquem ao contexto social do indivíduo.

Os profissionais atestam que as parcerias realizadas entre a unidade de saúde e as escolas fortalecem o vínculo com a comunidade e atuam no desenvolvimento de práticas preventivas que auxiliam na redução da vulnerabilidade social das IST/aids.

eu sempre desenvolvi esse trabalho fora da UBS, sabe... sempre ia lá, no local e sempre desenvolvia atividades educativas com eles (ENF 04)

aí tem a questão da escola que às vezes a gente é convidado pra ir falar sobre as DST (ENF 06)

a gente vai na escola, né com tempo né, ou às vezes a gente pede a autorização da escola ou a gente vai mesmo por ir, né e geralmente pega algumas turmas e a gente trabalha com esse tema nas turmas (ENF 13)

porque a prevenção é tudo né, o ideal é você tá prevenindo, principalmente nas escolas, né as escolas tá abrindo mais esse espaço que às vezes é bem fechado ainda, depende muito da direção de cada no momento que tiver na escola (ENF 16)

eu sempre penso que prevenção você tem que começar na escola, lá com as crianças, claro que tem a parte legal disso tudo, tem a faixa etária, então eu acho que tem que começar lá, [...] eu acho que trabalho de prevenção é você ir pra escola, né é você começar a conversar com essas crianças, de uma forma mais lúdica, nada de negócio de palestras, chegar lá... isso não funciona não, na minha visão tá? Eu penso que é assim, é ir lá fazer de uma forma lúdica, de uma forma de brincadeira, de uma forma de teatro, sei lá como, mas eu acho que prevenção é lá (ENF 17)

na escola quando a gente faz um grupo de sexualidade na escola a gente aborda também de uma maneira mais... de uma linguagem mais adequada pra faixa etária, mas a gente aborda também (ENF 19)

a gente trabalha DST/aids nos grupos, tem o sexualidade na escola, que as meninas às vezes trabalha na escola com as crianças de quarta série e de quinta a oitava, além do que a escola solicita, elas já tem uma grade pra tá falando disso (ENF 21)

nós aqui na minha área nós temos feito em parceria com os acadêmicos da faculdade de enfermagem da universidade federal um trabalho com a escola da minha área, no período passado nós fizemos um trabalho em todas as salas abordando a questão da DST, foi um trabalho bem cansativo, porque procuramos trabalhar com todos os alunos, eu procurei envolver todos os meus agentes de saúde (ENF 31)

Levar as práticas de prevenção de IST/aids para além do domínio da unidade de saúde fortalece as ações dos enfermeiros nessa temática e os insere no contexto social da comunidade. As ações educativas de prevenção das IST/aids desenvolvidas por enfermeiros nas escolas tendem a contemplar os jovens, promovendo uma educação/orientação sexual e reprodutiva em idades precoces com o objetivo de incentivar práticas preventivas com sujeitos que ainda não

iniciaram sua vida sexual, abastecendo-os de conteúdos e reflexões sobre a percepção da sexualidade e prevenção de doenças transmitidas pelo sexo.

A inserção na escola da abordagem de temáticas relacionadas à sexualidade e de saúde reprodutiva justifica-se pelas seguintes argumentações: 1) necessidade de instrumentalizar os pré-adolescentes e adolescentes para o enfrentamento saudável das modificações físicas, psíquicas e sociais por que passam; 2) suscetibilidade à influência de valores e de conhecimentos na fase da pré-adolescência e adolescência; 3) favorecimento da socialização através da busca pelo sentimento de pertença, sendo o ambiente escolar cenário capaz de influenciar comportamentos e atitudes entre grupos de jovens; 4) favorecimento da incorporação de identidade e de comportamentos de auto e heterorespeito por meio da convivência entre os gêneros; 5) coincidência entre a precocidade da iniciação sexual e a fase de escolaridade; 6) inserção na escola da discussão da prevenção das IST/aids numa abordagem contínua e adequada a cada fase do desenvolvimento, fazendo com que seja conteúdo abordado desde o ensino fundamental (RUA, 2001); 7) a percepção de que a escola, enquanto célula social, é responsável pela formação de valores, por equacionar, organizar e concretizar ações preventivas relacionadas às IST/aids (COUTO, 2004), dentre outras.

As argumentações acima elencadas se justificam porque o ambiente escolar é capaz de contribuir favoravelmente para que pré-adolescentes e adolescentes construam argumentação crítica sobre adesão para comportamentos sustentáveis, responsáveis e seguros e formas de enfrentamento saudáveis que assegurem redução da vulnerabilidade para aquisição de IST/aids.

Com o objetivo de redução da vulnerabilidade das IST/aids entre os jovens, investimentos na ampliação do acesso à informação se fazem necessários. Os adolescentes estão expostos a diversas situações que elencam pontos de vulnerabilidades, seja pela escassez de informação sobre sexualidade, as transformações do processo de adolecer, sua autoidentificação, prevenção de doenças, formação de laços amorosos, dentre outros, tornando-se elementos frágeis no processo de saúde-doença (BEZERRA, TORRES e BARROSO, 2008). Sob essa ótica, a escola é um espaço favorável para o desenvolvimento de ações direcionadas para promoção da saúde e prevenção de doenças.

É no espaço escolar que o adolescente passa uma parte considerável de seu tempo. O contato com a escola ajuda na socialização dos adolescentes, pois estão

envolvidos com grupos de amigos, sendo que o próprio contexto escolar elenca nesses indivíduos transformações sociais, cognitivas e emocionais, que propiciam a constante exposição a inúmeros fatores de risco e comportamentais.

Com a iniciação sexual ocorrendo cada vez mais cedo no Brasil, é imperativa a realização de ações direcionadas para o público jovem com o intuito de permitir o estabelecimento de padrões comportamentais que permanecerão por toda a vida. As ações educativas desenvolvidas para o público jovem devem contemplar conceitos de saúde sexual e reprodutiva, englobando neste contexto as dúvidas e medos apresentados pelos adolescentes, uma vez que, sentindo-se impulsionados pela descoberta do novo, tornam-se vulneráveis às IST/aids (BEZERRA, PINHEIRO e BARROSO, 2008).

Com o intuito de reduzir a lacuna entre o setor educação e saúde, o Ministério da Saúde em conjunto o Ministério da Educação incentivaram a criação do projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” (SPE) com o objetivo de integrar saúde-educação, privilegiando a escola como espaço que favorece a articulação de políticas voltadas para os jovens, mediante a participação de diversos sujeitos nesse processo – adolescentes, familiares, profissionais de saúde e da educação (BRASIL, 2008c).

O projeto visa à integração dos setores de educação e saúde na resolutividade de ações que discutem a saúde sexual e reprodutiva dos jovens com o propósito de reduzir a vulnerabilidade às IST/aids e a gravidez na adolescência. Nesse sentido, a escola em conjunto com a unidade de saúde tem um valioso papel no desenvolvimento de ações que promovam o envolvimento dos jovens nessa temática, favorecendo a expansão do conhecimento desses adolescentes e a redução dos riscos transmissão de doenças.

O espaço escolar exerce influência sobre a formação de valores dos adolescentes, tornando um ambiente adequado para a realização de atividades de aprendizagem e socialização. Bezerra, Pinheiro e Barroso (2008, p. 524) relatam que “a escola é um pilar na integração entre a saúde e educação, uma vez que a interdisciplinaridade de ações permite que seja estabelecida uma intervenção efetiva e um crescimento mútuo das partes”. Logo, o fortalecimento das práticas de educação em saúde no âmbito escolar permite a ampliação da informação para os jovens a respeito de sua saúde sexual e reprodutiva, contribuindo assim para a redução da transmissibilidade das ITS/aids.

Emerge em um dos relatos a dificuldade de trabalhar com essa população, destacando que o manejo de atividades com o grupo de adolescentes requer capacitação e habilidades específicas que garantam a eficiência das práticas preventivas.

a abordagem com o jovem é difícil porque a gente já tentou várias vezes grupos com adolescentes e a gente não teve tanto êxito, se a gente não fizer isso em parceria ou se não fizer uma política mais incisiva em relação a escola eu acho que é difícil, [...] oferecer pra essas pessoas grupos diferenciados voltado pra DST, mas não só pra DST, eu acho que tem que ter uma visão mais ampliada pra gente conseguir chegar nessa prevenção, a gente trabalhar sexualidade, sensualidade e aí a gente entrar então na questão do corpo (ENF 14)

Trabalhar a elaboração de práticas preventivas no grupo de adolescentes representa um fator inerente ao processo de desenvolvimento social e biológico desse grupo etário. As práticas educativas nesses grupos com o objetivo de redução da vulnerabilidade às IST/aids requerem compreensão dos profissionais de conceitos que permeiam o aconselhamento, facilidade de acesso às informações e livre arbítrio na participação em programas relativos à saúde sexual e reprodutiva (LUNA *et al*, 2012).

A necessidade de transformação das práticas para atingir o objetivo das ações exige do profissional enfermeiro a compreensão das experiências coletivas e a consciência do diálogo, fatores que estão intimamente ligados ao momento de vida desses jovens. De acordo com Bastable (2010) *apud* Luna *et al* (2012), a dificuldade de trabalhar práticas preventivas para a redução da transmissibilidade das IST/aids entre os adolescentes está vinculada ao processo de falso-domínio que esses jovens tem em relação ao comportamento sexual seguro.

Fica evidente a necessidade de metodologias que viabilizem a explanação dos adolescentes sobre suas dúvidas, medos e angústias relacionadas a essa temática. Portanto, cabe aos profissionais da saúde da família estimular esses jovens à adoção de estratégias de enfrentamento que facilitem sua consciência no processo de educação sexual com o intuito da construção de atitudes críticas e reflexivas, por meio de comportamentos sexuais adequados que possibilitem a redução da vulnerabilidade e adoção de medidas preventivas às IST/aids (BESERRA, PINHEIRO e BARROSO, 2008; BEZERRA, TORRES e BARROSO, 2008; LUNA *et al*, 2012).

A fase da adolescência se constitui um período ímpar para a construção de novos sentidos a respeito de gênero e sexualidade. É necessário considerar que cada adolescente vivencia esta fase de acordo com suas experiências cotidianas, ou seja, com base no contexto sócio-cultural no que está inserido. As relações de gênero, a classe social, a busca pelo sentimento de pertença, a influência de comportamentos e atitudes dentro de grupos e outros fatores que favorecem a vivência particular dessa fase individualizam esse período para cada jovem, considerando a pluralidade das relações e o conceito de “adolescências”, no sentido das particularidades de cada sujeito (TRAVERSSO-YÉPEZ e PINHEIRO, 2002).

Na abordagem de prevenção das IST/AIDS, é relevante que o enfermeiro redirecione suas ações no sentido de possibilitar a estruturação e a construção da identidade sexual do adolescente, abordando as questões relativas à sexualidade, considerando que essas discussões perpassam a defesa de direitos sexuais e reprodutivos. Neste sentido, Ávila (2003) aponta que o objetivo é assegurar a igualdade e a liberdade no exercício da sexualidade como forma de expressão da cidadania.

Tais práticas preventivas precisam superar os conceitos de normatizações de condutas e práticas sexuais, incluindo discussões sobre gênero, sexualidade, adolescência e promoção da saúde (SAMPAIO *et al*, 2010a). Essa iniciativa deve direcionar atividades no sentido do enfrentamento dos problemas sociais relacionados às IST/aids e à gravidez não planejada entre os adolescentes.

A integração das atividades direcionadas para o público adolescente segue diretrizes que corroboram as ações de promoção da saúde, com o objetivo de assegurar maior eficácia nas ações de prevenção das IST/aids (BRASIL, 2006b). O âmbito da atenção básica em saúde possibilita a atuação de atividades preventivas que visem à redução dessas doenças. Esse serviço tem como princípios a prevenção e a promoção da saúde, considerados conceitos pilares no desenvolvimento de práticas preventivas neste contexto de atenção à saúde.

É construtivo salientar a diferença entre prevenir e promover à saúde. O termo ‘prevenir’ tem o significado de “interromper, dispor com antecipação que evite (dano ou mal), interromper” (FERREIRA, 2010). As ações preventivas surgem com o intuito de impedir o surgimento de doenças, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações (CZERESNIA, 2003). Em contrapartida, ‘promover’, de acordo com Ferreira (2010), indica “dar impulso a, causar, gerar”. Nessa perspectiva, a

promoção da saúde é conceituada mais amplamente que a prevenção, uma vez que se refere a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (LEAVEL e CLARCK, 1976, p.19). Sob essa ótica, as estratégias de promoção da saúde evidenciam mudanças nos hábitos de vida, redefinindo seus espaços e ambientes, com a colaboração de uma rede intersetorial, com o objetivo da efetividade das estratégias em diferentes espaços (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003).

Diante das representações encontradas no universo dos enfermeiros da ESF, podemos destacar que as práticas preventivas realizadas no âmbito da atenção básica em saúde corroboram as premissas das políticas públicas de prevenção das IST/aids, permitindo a redução da incidência, o diagnóstico e o tratamento precoce dessas morbidades.

4.2.3 FATORES QUE DIFICULTAM AS PRÁTICAS PREVENTIVAS DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA ABORDAGEM DAS IST/aids

Dentro dessa problemática, ao analisar os relatos dos sujeitos sobre os fatores que interferem em seu trabalho, percebemos três características que impedem o avanço de atividades relacionadas com as práticas preventivas na abordagem das IST/aids neste âmbito de atenção à saúde como: questões administrativas, relacionadas à falta de insumos e recursos humanos, e descomprometimento dos gestores de saúde; questões profissionais, evidenciadas pela insegurança para trabalhar com essa temática, e, por fim, características populacionais, nas quais foram elencadas representações que aumentam a vulnerabilidade individual relacionadas à baixa adesão aos métodos preventivos, priorizando a contracepção em detrimento da prevenção das IST/aids. Considerando os relatos dos enfermeiros sobre os fatores influentes em suas atividades preventivas, podemos inferir representações que corroboram com as dimensões da vulnerabilidade, sendo o eixo programático o de maior representatividade.

4.2.3.1 Questões administrativas – falta de insumos

Os enfermeiros relataram que existem diversas questões administrativas que se contrapõem a execução das atividades de prevenção na atenção básica em saúde. Nesse sentido, citam a falta de insumos, por exemplo o preservativo, como o principal dificultador nas ações de prevenção das IST/aids, tal como se observa nos recortes das falas abaixo:

a gente promete né, qual é a melhor prevenção? Preservativo em todas as relações, e isso não sei como é que a secretaria igual... não tem... o único preservativo que nós recebemos foi há pouco tempo, depois do carnaval, mas também eu trabalhava em outra UBS... no carnaval recebemos, depois disso não recebemos mais... recebemos há pouco tempo e em uma quantidade muito pequena, tá? Então é bem complicado, eu já ouvi em grupo assim: poxa nós viemos aqui, fala em prevenção e na hora que quer o preservativo não tem... tem todos os critérios né, tem que participar de grupos, é o que eles determinam (ENF 04)

às vezes falta alguma coisa, por exemplo se eu precisar de uma camisinha eu não tenho, eu tô sem camisinha por agora, né igual a gente fala sobre a camisinha feminina, não tem a camisinha feminina pra gente dá nos grupos, e nem depois se a mulher escolher esse método, então assim fica um pouco a desejar porque, porque se isso previne a gravidez e se a gente não tem o material como é que a gente vai trabalhar com isso... (ENF07)

a gente fala dos métodos, mas se a gente não tiver o método na unidade pra oferecer, então não adianta muito a gente orientar se a gente não tem o que oferecer, então a gente tem que ser assim... de certa forma, um modo mais fácil de tá adquirindo esses métodos, entendeu? (ENF 10)

Então é aquele detalhe, eu acho que falta isso, são recursos materiais, áudio-visuais porque às vezes você quer fazer alguma coisa, né? A gente que às vezes tira do bolso da gente pra tá preparando alguma coisa pra você tá orientando, você tá fazendo, então falta parte um monte de recursos materiais também, porque informação você busca (ENF 12)

E outra coisa que eu acho que falta também, vem muito pouco preservativo, muito pouco sabe... pra unidade, o que vem não atende a demanda do que a procura, então aquelas pessoas que querem realmente se proteger, chega aqui muitas vezes, ela vai deixar de fazer sexo só porque ela não tem dinheiro pra comprar a camisinha? Ela vai fazer (ENF 14)

na disponibilidade do preservativo a gente procura sempre ter aqui, a gente tem até que fazer um pedido maior porque tá faltando muito (ENF 25)

A ampliação do acesso ao preservativo baseia-se em responsabilidades que envolvem recursos financeiros oriundos das três esferas de governo. A rede de distribuição deste insumo tem aumentado ao longo dos anos, favorecendo sua aquisição e o acesso ao método de proteção duplamente comprovado, às IST/aids e à gravidez indesejada.

O acesso ao preservativo no país é monitorado por várias pesquisas que evidenciam um crescimento no uso pela população brasileira, em especial os jovens do gênero masculino (PAIVA, PUPO e BARBOSA, 2006). Mesmo considerando um aumento no uso desta forma de prevenção, grande parte da população não tem acessibilidade ao mesmo devido a sua falta nos serviços de saúde.

A importância de rever a distribuição desse insumo nos serviços de saúde traz à tona discussões sobre questões administrativas de funcionamento dos serviços e do modo de organização das equipes de saúde que influenciarão

diretamente nas ações destinadas aos usuários, considerando ser um insumo de grande importância na prevenção e controle das IST/aids.

É oportuno enfatizar que, juntamente com a escassez do preservativo nos serviços de saúde, em especial na atenção básica em saúde, a necessidade de material técnico e pedagógico para a realização de práticas educativas também foram representadas pelos participantes do estudo. Ao serem indagados sobre esses insumos, muitos mencionavam a dificuldade de trabalhar em grupos educativos sem materiais didáticos que oferecem suporte para o desenvolvimento dessas atividades. Alguns chegam a relatar que adquirem o material sem nenhuma ajuda de custo dos serviços de saúde, tendo que pagar por conta própria para desenvolverem um trabalho que seja eficaz na prevenção das IST/aids e na promoção da saúde em geral.

Uma reflexão crítica sobre a noção de prevenção de IST/aids se direciona às estratégias governamentais de reverterem esse déficit por meio de ações pontuais e direcionadas a períodos específicos, como é o caso de reforçar as campanhas de prevenção de IST/aids no período do carnaval, momento em que os serviços de saúde consideram que a população está “susceptível” para a contaminação e disseminação dessas doenças devido às condições em que os sujeitos podem ser encontrar, facilitando as condições de risco.

As consequências dessas iniciativas se revelam num crescente número dessas doenças após esse período anualmente (PORTELA, LOTROWSKA, 2006). A baixa eficiência nessas iniciativas governamentais sugere um enfraquecimento no processo de redução da vulnerabilidade das IST/aids. Os programas relacionados a essa temática devem atuar continuamente nos serviços de saúde com o intuito de gerar impacto sobre a população, dispondo as condições ideais que reforçam sua acessibilidade aos insumos preveníveis, possibilitando assim a redução da transmissibilidade dessas doenças.

Denota-se que a indisponibilidade de insumos e materiais técnico-pedagógicos nas unidades de saúde para a realização de práticas educativas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva foi apontado por alguns estudos como fatores que dificultam a efetivação de ações de prevenção das IST/aids (LOPES, 2010; SAMPAIO *et al*, 2010b). Corroborando essa questão, Ferla *et al* (2006) relatam que um ponto fraco para o sistema de saúde refere-se à insuficiência desses insumos e sua logística.

É oportuno destacar que o nível de atenção básica em saúde proporciona a implementação de macropolíticas que viabilizam as intervenções nas condições de saúde da população, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Nesse sentido, considerando a atenção básica em saúde a porta preferencial de entrada do usuário no sistema, torna-se evidente a compreensão da integralidade do cuidado e da atenção dispensada aos mesmos. Ratificando essa temática, Franco e Magalhães-Junior (2004) *apud* Palácio, Figueiredo e Souza (2012) consideram que o nível da integralidade está composto seguindo dois eixos: o da organização da assistência, compreendido pela disponibilidade dos serviços prestados, e o fluxo do usuário, baseado na escolha do serviço pelo usuário. Nessa perspectiva, é relevante identificar as ações direcionadas para a redução da vulnerabilidade das IST/aids por meio da atenção adequada e dos cuidados mais específicos à pessoa.

A insuficiência de recursos materiais interfere diretamente na prestação dos cuidados dispensados aos usuários do sistema público de saúde. Considerar a deficiência de insumos indispensáveis para o desenvolvimento de práticas preventivas na atenção básica em saúde reitera fatores que influenciam na qualidade de atenção aos usuários, ratificando a dificuldade de realização de atividades de promoção e prevenção da saúde, o que compromete a integralidade do cuidado.

4.2.3.2 Questões administrativas – escassez de recursos humanos

A necessidade de adequação do sistema público de saúde na direção da integralidade da assistência esbarra, além de outros fatores, nas condições dos recursos humanos envolvidos com as práticas desenvolvidas na atenção básica em saúde. Evidenciamos que a falta de recursos humanos foi representada como um fator que desfavorece o desenvolvimento das práticas preventivas na abordagem das IST/aids:

Às vezes o que dificulta a gente assim, é essa questão de faltar não só recursos materiais como também recursos humanos, pra você tá faltando, por exemplo, um auxiliar administrativo a gente não tem (ENF 05)

porque não temos os recursos necessários, e aí falta médico e você não consegue muitas vezes desenvolver um bom trabalho porque falta médico, falta outros profissionais da equipe, então você se sobrecarrega, você tem um monte de atividades pra você dar conta e não são da suas... da sua responsabilidade enquanto enfermeiro (ENF 06)

o enfermeiro joga nas onze né, tem horas que se precisar eu to na recepção (ENF 09)

na minha equipe eu não tenho médico, então só eu e os agentes (ENF 10)

então eu acho que a gente é muito sobrecarregada de várias políticas, a gente tem que dar conta de um monte de coisas, e a gente não tem a condição, então a gente vai fazer o que dá, [...] a gente poderia tá disponibilizando um tempo maior pra determinadas coisas, né uma política de DST/aids, uma política de prevenção de hipertensão e diabetes, mas a gente tem que dar conta de outras coisas também, e acaba assim que você tem que fracionar o seu tempo nesse monte de coisas e aí às vezes você não dá conta de fazer, talvez da forma de deveria ser feito (ENF 17)

aqui tá um pouquinho complicado da gente identificar esses grupos de risco, porque a gente tá sem agente comunitário, a gente tem acho que quatro ou cinco agentes comunitários para as três equipes, na minha tem duas, uma com uma rua e outra com a outra rua (ENF 25)

Por diversas características e abordagens relativas ao nível primário de atenção à saúde, a necessidade de provimento de recursos humanos é fator intrínseco para o desenvolvimento de ações que permitem a qualidade dos processos de trabalho e alcance dos resultados esperados. A insuficiência desses recursos contribui para a não efetivação de ações destinadas para a redução de danos e agravos à saúde da população.

Ao destacarmos o nível da atenção básica em saúde neste estudo, valorizamos os pressupostos que consolidaram a contextualização da descentralização do SUS, enfatizando a mudança no modelo assistencial, com destaque para as atividades preventivas e enfrentamento dos determinantes de saúde. Nessa perspectiva, a ESF composta por uma equipe multiprofissional atua na resolutividade dos problemas advindos de sua população.

A dinâmica de trabalho em equipe da ESF envolve a integração de profissionais que conjuntamente somam seus esforços para o enfrentamento dos problemas advindos da população. Diante dessa temática, a situação de saúde

brasileira com o predomínio das condições crônicas não acompanha o mesmo ritmo satisfatório de contingente profissional para o desenvolvimento de suas atividades (HEIMANN *et al*, 2011). Logo, os recursos humanos são fatores essenciais para o manejo efetivo e de qualidade das condições de saúde da população.

A carência de profissionais para a realização das atividades inerentes ao nível primário de atenção à saúde é representada pelos depoentes como uma fragilidade no contexto da saúde pública brasileira. Segundo Moura *et al* (2010), investir em políticas de aperfeiçoamento e recrutamento de pessoal favorece a efetivação das ações da atenção primária, considerada como eixo norteador da organização dos sistemas municipais de saúde.

Ao analisarmos a complexidade da atenção básica em saúde, deparamo-nos com um conjunto de conhecimentos e procedimentos que demandam intervenções direcionadas e que necessitam de profissionais capacitados e habilitados. Nesse sentido, a carência de recursos humanos enfatizado na pesquisa foi representada por duas vertentes: o número insuficiente de profissionais segundo a cobertura populacional e a insuficiência de profissionais especializados com o intuito de dar suporte às condições clínicas apresentadas pela população, visto que os profissionais presentes nessas equipes não sustentam isoladamente tais condições.

Mesmo sendo composta por uma equipe multidisciplinar, a ESF não consegue atender as necessidades de saúde da população no que se refere à resolutividade e à integralidade da assistência ao usuário por deficiência de recursos humanos especializados. Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008. A finalidade primordial dos NASF é apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família, ampliando sua rede de serviços, possibilitando a garantia de implementação dos princípios básicos do SUS (BRASIL, 2010).

Constituído por uma equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família atuam conjuntamente com os profissionais da ESF, apoiando e compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da saúde família. A composição dessas equipes ocorrerá segundo as necessidades locais da população. Ressalta-se que a criação dos NASF tem como objetivos apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e gestão da ESF, com o intuito de favorecer condições necessárias para o desenvolvimento de

práticas que garantam a resolutividade e a garantia da continuidade da assistência (BRASIL, 2010).

Criar estratégias que auxiliam na ampliação de recursos humanos no SUS enriquece sua estrutura e garante a assistência à população. No tocante à prevenção das IST/AIDS, há de se incorporar práticas que estejam interligadas à realidade do sujeito e que se tornem rotineira aos profissionais da atenção básica em saúde. A iminente necessidade de ampliação de profissionais na ESF, em especial a sua expansão pelos NASF, intensifica o rastreamento das vulnerabilidades e promove atuações conjuntas que garantem ações de prevenção e controle desses agravos, além da intensificação do diagnóstico e tratamento precoce, o que estimula ações prioritárias na população.

Vale ressaltar que, mesmo diante da vigente situação de saúde pública brasileira, a escassez de profissionais nas UAPS ainda é uma realidade maciça que deve ser contestada pelos representantes governamentais de saúde. Atualmente, reconhece-se que a prioridade dos serviços de atenção primária não está totalmente direcionada para a dinâmica da atuação preventiva e comunitária. Muitas atividades são canceladas pela falta de recursos essenciais para o desenvolvimento das mesmas. Nesse sentido, é mister considerar que a ampliação desses recursos favorece a reorganização das práticas nos serviços e a articulação dos mesmos na lógica da redução da vulnerabilidade às IST/aids.

Se por um lado a escassez de profissionais impede o desenvolvimento de práticas na atenção básica em saúde, as condições de trabalho a que esses profissionais estão expostos também refletem no desenvolvimento de suas práticas. No estudo muitos profissionais representaram sua realidade no dia-a-dia, levantando a discussão sobre seu processo de trabalho.

A iminente necessidade de rever as condições a que os profissionais da atenção básica em saúde estão expostos reitera a discussão sobre a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do serviço, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade que refletirão nas práticas assistenciais aos usuários do sistema.

Consideramos ser oportuna a identificação da problematização do processo de trabalho e da qualidade do mesmo, reconhecendo as necessidades locais e os fatores que interferem na dinâmica do trabalho dos profissionais no âmbito da

atenção básica em saúde. Cabe destacar que a relevância da identificação e construção de estratégias no campo de formação e desenvolvimento profissional visa ampliar a qualidade da gestão e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde.

Na abordagem de prevenção das IST/aids, o quantitativo e a qualificação de profissionais especializados reforça o impacto direto que as práticas preventivas estabelecem na redução da vulnerabilidade dessas doenças. Identificar as realidades existentes na ESF quanto à prevenção das IST/aids contribui para a implementação de ações destinadas para o controle das doenças, interrompendo a cadeia de transmissão e prevenindo novos casos. Nesse sentido, a ampliação de recursos humanos competentes que atuem diretamente na abordagem preventiva influencia diretamente nas intervenções direcionadas para essa temática.

Diante dessa problemática, percebemos que os participantes do estudo evidenciaram a sobrecarga de serviço como um fator que limita as ações direcionadas do seu processo de trabalho. No âmbito da atenção básica em saúde, uma realidade representada pelos enfermeiros foi a multiplicidade de tarefas com que os mesmos estão comprometidos. Consideramos que o enfermeiro na ESF tem diversas práticas que lhes são atribuídas. No entanto, este profissional se vê sobrecarregado de atividades que não são de sua competência diretamente, acarretando desvio de funções e dificuldade de priorização de suas práticas.

É válido considerar que a sobrecarga física influencia diretamente no processo de trabalho e na satisfação do usuário com o serviço. Essa sobrecarga de funções pode acarretar distúrbios físicos e mentais nos trabalhadores que favorecem o sofrimento do profissional, influenciando nas práticas por eles desenvolvidas (BECK *et al*, 2010).

A relevância da identificação das condições estressantes no cotidiano laboral deve ser discutida, uma vez que pode comprometer a saúde do trabalhador. Corroborando essa afirmativa, Medeiros *et al* (2006) reiteram que junto às diversas características estressoras do ambiente trabalho inclui-se a natureza do cuidado prestado às pessoas, podendo levar à divisão social do trabalho e potencialização da hierarquização na equipe.

Cabe ao profissional a exigência de um processo de ação-reflexão-ação para modificar o cotidiano do seu trabalho. Logo, as condutas voltadas para a saúde do trabalhador devem envolver questões relativas ao processo e dinâmica do trabalho,

com o objetivo de direcionar estratégias de enfrentamento de cada profissional no cuidado de si, que refletirá no cuidado prestado ao outro (AZAMBUJA *et al*, 2010).

Nessa perspectiva, trabalhar com a abordagem preventiva das IST/aids requer do profissional enfermeiro pontuar seu ritmo cotidiano de trabalho com o intuito de garantir ações que ajudem sua prática diária na direção da redução e controle dessas doenças no âmbito da atenção básica em saúde, favorecendo a visibilidade de suas práticas.

4.2.3.3 Questões administrativas – descomprometimento dos gestores de saúde

Nos relatos, foi perceptível a necessidade de participação efetiva dos gestores de saúde nas ações desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica. Surgiram representações que evidenciavam a falta de comprometimento com a destinação de verbas para a realização das práticas preventivas e o incentivo para a capacitação profissional. Nesse sentido, podemos destacar nas falas abaixo as questões suscitadas:

primeiro a questão administrativa que a gente percebe né que a gente tem muito pouco apoio do governo municipal pra dar mesmo recursos pra gente pra gente desenvolver nossas atividades, porque muitas vezes o que a gente faz é com os poucos recursos que a gente tem na UBS, então se a gente tem uma capacidade de resolver X a gente consegue resolver assim metade de X (ENF 06)

Então, às vezes, muitas vezes é um pouco de falta mesmo de incentivo, né nossos gestores, focar mais nessa parte, porque eu acho que é muito importante (ENF 10)

Às vezes falta a questão de materiais que você não tem, às vezes falta um incentivo até mesmo da própria secretaria que você não tem, [...] então eu acho que falta muito também a participação do gestor nessa coisa toda (ENF 12)

Seria interessante até por questões de insumos mesmo, porque tudo que a gente faz é graças ao empenho da gente, porque se você precisa de um cartaz já não é bom mais, até uma pessoa com mais tarimba pra vim fazer um grupo ou um atendimento especial ou uma capacitação... (ENF 15)

Não tem uma contra-referência, penso que talvez no futuro seja uma descentralização disso mesmo né, mas precisa de uma capacitação

para gente tá lidando com essa questão do aconselhamento, de como que orienta de quando dar um resultado positivo, de como que fala desse resultado positivo, isso é uma coisa que angustia bastante a gente (ENF 19)

A dinâmica do processo de trabalho em saúde no âmbito da atenção básica aponta para o aumento das responsabilidades que os municípios brasileiros adquiriam no decorrer da implementação do SUS. Na perspectiva da descentralização das ações e serviços de saúde, os municípios culminaram com a função de organizar as estruturas e processos de gestão para contemplar as ações destinadas para o âmbito da atenção básica em saúde, destacada neste estudo.

Para a reflexão acerca das responsabilidades dos gestores municipais de saúde no desenvolvimento de ações destinadas à integralidade da assistência, não podemos desconsiderar o processo de descentralização implementado pelo SUS. Descentralizar se refere à mudança de foco, a uma forma de organização do sistema de modo que cada componente do mesmo tenha suas atribuições e competências (AGUIAR, 2011).

Organizar a assistência à saúde de forma descentralizada infere identificar as necessidades locais, uma vez que, sendo responsável por certas ações de saúde, o município, representado por seus gestores, intensifica e prioriza as ações de saúde necessárias. No processo de descentralização, pressupõe-se que ocorra um desempenho favorável do sistema de saúde no intuito de equalizar os recursos até regiões e grupos populacionais excluídos (BRASIL, 2001a; BRINKERHOFF; LEIGHTON, 2002 *apud* SILVEIRA *et al*, 2010).

É relevante considerar que diante do processo de descentralização do SUS, com as atribuições sendo destinadas para seus representantes, existem muitos empecilhos que dificultam a implementação desse modelo de ação, destacando as dificuldades territoriais por escassez de capacidade técnica e o baixo envolvimento da população no controle social das políticas públicas (COELHO, 2012). Essa característica desfavorece as ações de saúde.

No processo de construção do SUS, diversos atores se uniram para a mudança de um modelo de ação que atualmente parece estar estagnado pelo não reconhecimento de seus profissionais por melhores condições de trabalho e atendimento à população. O incentivo por mudanças nas ações governamentais e no processo de trabalho do sistema de saúde público brasileiro reforça a

necessidade de controle das condições de saúde e dos serviços prestados aos usuários.

O processo de construção das mudanças no sistema de saúde, em especial no comprometimento dos gestores de saúde na qualidade dos serviços prestados, esbarra nas práticas desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção básica em saúde, pois estes profissionais norteiam o processo de assistência à saúde, atendendo às demandas e interesses da coletividade. Portanto, compartilhar da prática de fiscalização do sistema de saúde por intermédio do controle social é intervir diretamente na concretização e viabilização de recursos pelos gestores para o sistema público de saúde.

Representada pelos integrantes do estudo, a distribuição inadequada de verbas para as ações preventivas na atenção básica impede a adequação de ações conduzidas para o controle e redução da vulnerabilidade das IST/aids. Destinar recursos para a efetivação das ações de saúde propicia condições para a adequação das práticas no sentido de expandir as possibilidades de tratamento e assistência aos usuários.

Diversas são as tentativas das políticas públicas de redimensionar a distribuição das verbas no sistema de saúde brasileiro (MELAMED; COSTA, 2003). O processo de municipalização trouxe para os gestores de saúde maior autonomia na execução e destinação dos recursos para a assistência.

Em consonância com o processo de descentralização, os financiamentos dos serviços de saúde

não podem se esgotar na municipalização, devendo ser seguidos de uma organização regionalizada e hierarquizada para maior integração da rede de serviços, levando em consideração as necessidades e realidades locais (RONCALLI, 2003 *apud* AGUIAR, 2011, p. 71).

Nessa perspectiva, os enfermeiros participantes do estudo destacam ser intrínseca a relação entre verba pública e adequação das práticas assistenciais, focalizadas em ações preventivas que requerem condições mínimas para ser implantadas para a população, no tocante ao controle da disseminação dos agravos à saúde, com ênfase na redução da vulnerabilidade às IST/aids.

Na perspectiva de gerenciar o serviço, os gestores de saúde são responsáveis por regular e racionalizar os recursos advindos do financiamento da

saúde pública. Mesmo diante do aumento das responsabilidades municipais, a esfera Federal apoia as políticas a serem adotadas pelos respectivos entes federados. Logo, identificar onde se encontra a lacuna nesse processo contribuirá para o aumento do incentivo destinado às ações preventivas, enfatizando uma abordagem direcionada com o objetivo de redução da vulnerabilidade e controle da disseminação das doenças.

Ao identificarmos a carência de incentivos dos gestores que os profissionais da atenção básica, em especial os enfermeiros, estão representando, elucidamos a preocupação que esses profissionais têm com o desenvolvimento de seu trabalho. Muitos referiam à carência no incentivo em capacitações e cursos de aperfeiçoamento direcionados para questões específicas como o caso das IST/aids. A falta de fomento desses gestores desfavorece a implementação de ações direcionadas e específicas que se pactuam com a dinâmica da integralidade da assistência e o compromisso de assistir o usuário diante da necessidade que ele nos apresenta, priorizando práticas direcionadas na resolutividade dos problemas dos usuários do sistema.

Percebendo a necessidade de promover práticas preventivas direcionadas para a abordagem de IST/aids e outras abordagens específicas, os participantes do estudo representaram a necessidade de incentivo dos gestores de saúde para aperfeiçoamento técnico-científico com o intuito de capacitar seus profissionais e possibilitar um atendimento focalizado que contribua para a uniformidade no serviço prestado, reduzindo as carências no atendimento ao usuário.

Um profissional capacitado realiza suas funções com segurança salientando suas prioridades sem que necessite postergar suas ações por desconhecimento. A necessidade de aperfeiçoamento do profissional está intimamente ligada ao atendimento que os servidores realizarão para seus usuários. A realidade da saúde pública brasileira não acompanha as políticas de gestão de pessoas. Estudos evidenciam que um dos pilares para o descomprometimento com a capacitação dos profissionais da atenção básica está elencado na desigualdade de distribuição geográfica de cursos de especialização, o que dificulta a capacitação e atualização do profissional em determinadas áreas (LOPES, 2011).

É válido considerar que o gestor de saúde é responsável pelo provimento da educação permanente de seus profissionais. Várias mudanças ocorreram no processo de implementação do sistema de saúde vigente no país, contudo a política

de recursos humanos esbarrou em transformações que dificultaram a continuidade de suas funções, destacando as novas formas de contratação, especificidades em áreas de competência, modificações no processo de trabalho, incentivo dos gestores e ênfase no desempenho e qualificação (CAMPOS *et al*, 2006 *apud* LOPES, 2011). A ampliação das ações destinadas para uma política de educação permanente implica na reorientação do modelo de atenção à saúde vigente, qualificando as práticas de cuidado, gestão e participação popular.

A municipalização da atenção à saúde e a ampliação das políticas de saúde demandaram a necessidade de incrementar o número de trabalhadores capacitados para o desenvolvimento de suas práticas, com maior capacidade de análise e intervenção nas condições de saúde da população. O que dificulta a implementação de ações mais específicas pelos depoentes do estudo está vinculado à precarização do vínculo e a falta de incentivos que estimulem os trabalhadores a realizarem suas práticas de forma a gerar efeitos concretos na saúde de seus usuários.

Um nó crítico citado pelos enfermeiros participantes do estudo foi a falta de capacidade técnica para a atuação em práticas específicas, como a abordagem das IST/aids e o controle do uso de drogas. Ações práticas emergentes devem ser realizadas com o intuito de potencializar a educação permanente nos serviços de saúde, proporcionando aos profissionais um embasamento teórico-científico que contemple desde a aquisição e atualização de conhecimentos e habilidades até o enfrentamento de problemas e desafios advindos do processo de trabalho.

É importante a articulação e o apoio da administração de saúde no sentido de buscar responder as necessidades e fortalecer as iniciativas de seus profissionais. Logo, compete aos gestores de saúde

apontar e definir as demandas que sejam coerentes com as reais necessidades dos serviços de saúde e que expressem os interesses da sociedade, rompendo com práticas onde o mercado e os interesses corporativos dirigem o processo de formação e de especialização dos profissionais de saúde (LOPES, 2011, p. 51).

O processo de educação permanente no SUS representa uma valiosa ferramenta dos gestores de saúde no aperfeiçoamento técnico-científico de seus profissionais. Direcionando essas ações para as equipes da atenção básica em saúde, a educação permanente deve se embasar num processo que viabilize ao profissional potencializar suas competências, aumentando as alternativas para o

enfrentamento das dificuldades vivenciadas por estes trabalhadores em seu cotidiano.

Reconhecendo a importância da prática de aprimorar o processo de trabalho dos enfermeiros na atenção básica em saúde, com a mediação de bases teóricas para o enfrentamento dos problemas de saúde da população, em destaque a redução da vulnerabilidade das IST/aids, o processo de educação permanente objetiva

a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão de mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2011a).

Assim sendo, concretizar ações que convergem para o aprimoramento técnico-científico dos profissionais da atenção básica, apoiados pelos gestores de saúde, remete à reflexão sobre a efetividade das práticas realizadas pelos profissionais deste âmbito de atenção à saúde, com o intuito de implementar e enriquecer a formação técnica desses profissionais para uma atuação mais voltada às atividades assistenciais aplicadas no cuidado direto aos indivíduos e às famílias.

4.2.3.4 Questões profissionais – insegurança na abordagem das IST/aids

Nos relatos dos participantes do estudo, um fator que influenciou no desenvolvimento das práticas preventivas das IST/aids foi a instabilidade de trabalhar com uma temática na qual o profissional não detém conhecimento suficiente para o direcionamento de suas ações. Indagados sobre as práticas preventivas de IST/aids na atenção básica em saúde, os enfermeiros representaram a insegurança como fator dificultador no desenvolvimento de suas ações. Os pontos evidenciados no estudo se relacionam com o desconhecimento das ações que devem ser abordadas, a dificuldade de identificação de casos suspeitos e encaminhamento dos casos identificados para outros profissionais pelo desconhecimento no seguimento das ações.

acho que seria interessante até assim a discussão de casos né, de como manejar aquela doença, porque muitas vezes a gente vê que o enfermeiro ele tem autonomia pra medicar determinadas DST e muitas vezes a gente vê que assim é insegurança, porque ele tem um conhecimento insuficiente né, a gente tem o protocolo do ministério, o protocolo do município, mas falta segurança pro enfermeiro pra fazer isso né (ENF 06)

eu sabia que tinha alguma coisa de diferente, mas não identifiquei que era sífilis que eu já passei muita dificuldade e aí a gente encaminhou ele pro segundo nível (ENF 13)

Eu tenho muita dificuldade em abordar alguns pontos, entendeu? Eu tenho dificuldade, talvez pela falta de conhecimento, por não ter tido capacitação para isso então por isso que talvez a minha atuação não seja tão efetiva, em alguns pontos eu já tenho dificuldade de abordar. Então assim eu sempre que eu detecto um problema eu não fico com ele, eu sempre divido com o médico, até pela falta de conhecimento mesmo, até onde eu consigo ir, até aonde eu posso ir, eu tenho uma certa insegurança assim de atender sozinha, não tenho vergonha de falar isso não sabe, eu não tenho segurança o suficiente pra essa paciente tá ficando só comigo não, então eu sempre trato junto (ENF 17)

e nessa época eu nem tinha médico, porque muitas vezes o enfermeiro trabalha sem o médico na sua equipe, então eu me senti incapaz de tratar aquilo ali, não era do meu protocolo, não era pra mim e aí foi referenciado, teve contrarreferência a gente conseguiu terminar o caso (ENF 20)

né por exemplo quando a pessoa se abre e fala alguma coisa a gente encaminha pro COAS, geralmente a gente passa pro médico, porque tem algumas coisas assim que tem que encaminhar, trata mesmo é tricomonas, tricomonas a gente pode tratar (ENF 29)

Partindo do pressuposto de que o embasamento teórico-prático no setor saúde é fator *sine qua non* para a eficácia das práticas assistencialistas, a insegurança do profissional enfermeiro para abordar a vulnerabilidade dos usuários às IST/aids está sustentada na insuficiência de habilidade e capacidade técnica que impedem o desenvolvimento de tais práticas.

Diversos conflitos existentes durante a realização da prática do enfermeiro abrangem construções históricas no processo de formação do profissional e na realidade da saúde pública brasileira. No âmbito da saúde pública, o SUS trouxe mudanças no paradigma de assistência à saúde, incitando seus profissionais a organizarem seu processo de trabalho centrado no usuário, no qual o cuidado dispensado é o *imperativo ético-político* que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2011a). Quanto à formação do profissional, esta categoria ainda enfrenta

uma falha nesse processo no sentido de destoar com o campo de trabalho da enfermagem (SILVA *et al*, 2010).

No ensino da enfermagem, as instituições formadoras encontram dificuldades de se adaptarem às propostas de mudanças na formação dos profissionais, estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem. Como consequência, o profissional despreparado torna-se passivo do desenvolvimento de uma prática fragmentada, sem um embasamento teórico satisfatório, tornando suas ações um mero cumprimento de papéis de exigência institucional (COLENCI; BERTI, 2012).

A realidade da prática do enfermeiro não acompanha a estrutura organizativa da formação desse profissional. A passagem da condição de estudante para profissional de saúde, detentor de responsabilidades e agente de mudanças, gera intempéries pelo fato de terem que enfrentar certos desafios na realidade prática do serviço. Como consequência dessa incongruência, a prática realizada pelos enfermeiros é permeada por inseguranças e despreparo para o desenvolvimento de suas atribuições.

As dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros durante o manejo de suas práticas, particularmente na abordagem de doenças crônicas, estão arraigadas na maneira como executam suas atividades e o predomínio de saberes e experiências desses profissionais (UMPIÉRREZ, MERIGHI e MUÑOZ, 2013). Destarte, não conseguem utilizar desse saber em consonância com a rotina de trabalho, acarretando inseguranças e dificuldades de viabilização de suas práticas.

No tocante à prevenção das IST/aids, representadas no estudo pelo impedimento de reconhecer casos suspeitos juntamente com a dificuldade de realização das condutas pertinentes aos casos identificados, os participantes do estudo enfatizam que a insuficiência de habilidade para o desenvolvimento de alguns procedimentos pode ser entendida como falta de competência e despreparo profissional para a realização de suas práticas.

As dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros do estudo em relação ao desconhecimento das condutas a serem realizadas na abordagem das IST/aids salientam obstáculos no desenvolvimento de funções inerentes à profissão. Nessa lógica,

o modo como executam suas atividades tem a ver com o acervo de conhecimento e suas experiências vividas. Não conseguem utilizar-

se da teoria aprendida em sua formação na rotina de trabalho e, com isto, tem dificuldade para implementar o que aprenderam (UMPIÉRREZ, MERIGHI e MUÑOZ, 2013, p. 169).

O reconhecimento do embasamento teórico do profissional aliado à realidade vivenciada da prática assistencialista permite a detecção e o aprofundamento dos fatores que interferem direta ou indiretamente nas atividades cotidianas dos serviços de saúde. Estudos evidenciam que profissionais capacitados e que possuem uma formação aliada à realidade do processo de trabalho sentem-se mais seguros e suficientemente preparados para enfrentar tal realidade (SILVA *et al*, 2010; FERRERIA, FIORINI e CRIVELARO, 2010; COLENCI e BERTI, 2012).

Embasar a prática profissional com o investimento de uma educação continuada torna-se fator facilitador e eixo norteador para atender às demandas e exigências relacionadas à gestão do cuidado dos indivíduos. O mercado de trabalho desperta em muitos profissionais de saúde, atualmente, atualizações e crescimento profissional por meio do incentivo às publicações e na vasta literatura científica disponibilizada. Este novo comportamento indica que muitos profissionais buscam na produção e o consumo do conhecimento o direcionamento de problemas que surgem na prática profissional (COLENCI e BERTI, 2012).

O estabelecimento de propostas para aperfeiçoar a prática profissional do enfermeiro, gerando capacidade técnica e empoderamento da gestão de cuidados, está diretamente relacionado com o investimento em pesquisas científicas baseadas nos aspectos relativos à profissão e no cenário atual de construção de sua prática. Gerar o conhecimento por meio da pesquisa auxilia o profissional para aprimorar o seu desempenho durante sua prática.

As habilidades adquiridas com o embasamento teórico-científico estimulam o profissional na busca de conhecimento para o desenvolvimento de suas práticas. Segundo Perrenoud (2000) *apud* Silva *et al* (2010, p. 515),

um profissional qualificado é alguém que é capaz de abranger um repertório de habilidades e conhecimentos, em diferentes formas e em diferentes contextos, para exercer a sua atividade profissional da maneira competente.

Mesmo diante de um repertório de habilidades e conhecimentos, a capacidade de utilizá-los não está diretamente relacionada com a competência do sujeito, mas com a integração e a mobilização de seus conhecimentos para a

mudança do seu comportamento profissional (OGUISSO, 2000 *apud* SILVA *et al*, 2010).

Saber utilizar seus conhecimentos durante o exercício do trabalho beneficia o enfermeiro nas condutas a serem tomadas, tornado esse profissional detentor de um papel fundamental no controle e redução da vulnerabilidade das IST/aids, com o desenvolvimento de práticas preventivas, detecção de vulnerabilidades e promoção da educação em saúde. Nesse sentido, a segurança no desenvolvimento de suas práticas garante o manejo correto de suas ações.

4.2.3.5 Questões populacionais – aumento da vulnerabilidade às IST/aids

Dentro da temática das práticas preventivas de IST/aids na atenção básica em saúde, os enfermeiros relataram que a população não adere à mudança de comportamento. Como consequência, o sujeito aumenta a vulnerabilidade a que está exposto. Nos relatos dos participantes, as práticas preventivas realizadas na UAPS não atingem a população no tocante à redução da vulnerabilidade, uma vez que este público tem baixa adesão aos métodos preventivos de IST/aids, buscando os GDR com o objetivo meramente de impedir uma gravidez. Os recortes abaixo elucidam as representações relacionadas a esse conteúdo:

A gente se sente assim, impotente, porque você tá orientando, e são as mesmas pessoas, e você vê que eles não aderem muito bem aquela proposta que a gente passa pra eles (ENF 03)

se eu colocar em cartaz ou comunicar aos agentes que a gente vai ter um grupo de DST/aids eu tenho certeza que não vem muita gente ou não vem quase ninguém participar, eles vem mais com o interesse mesmo de uma cirurgia, né, de fazer a laqueadura e a vasectomia, é quase cem por cento (ENF 05)

porque o pessoal ainda tem medo de engravidar mais de dst não, é o que eu vejo na minha prática, de engravidar tem, mas de dst não [...] as meninas vem pela questão do anticoncepcional, porque elas vem por causa do anticoncepcional, a gente orienta elas engravidam precocemente, elas continuam às vezes pegando doenças por causa do sexo desprotegido, e não é por falta de orientação, a gente vê isso nitidamente (ENF 14)

você vê que essa questão sexual mesmo, a falta do planejamento, uma coisa meio maléfica mesmo, vai deixando rolar e vai ver o que

pode acontecer e pensa que com ele não vai acontecer nunca (ENF 15)

porque os grupos são excelentes, são super bem feitos, mas são pouco frequentados, porque infelizmente a população em geral ainda não dá conta (ENF 20)

na minha área eu tenho oitenta, noventa por cento de gestantes com treze, quatorze anos, se estão gestantes não estão se prevenindo, se não estão se prevenindo, fatalmente vai ter uma DST né, então a gente não percebe um retorno positivo, um significativo dessas práticas educativas, então o tempo todo a gente conversa (ENF 24)

As reuniões ocorrem dependendo da demanda, eu tenho um caderno, pouquíssima adesão, colocam o nome, a gente vincula o fato dela ter o cartão da mulher pra pegar o medicamento no posto, pra que a gente force um pouco ela participar da reunião [...], elas não vem não, o homem só quando querem fazer vasectomia, já vem formados e nem discutem, porque a gente faz duas reuniões, apesar do Ministério preconizar três, a gente faz duas, baixa adesão, muitos que vem na primeira não vem na segunda (ENF 28)

normalmente elas vem por conta do cartão da mulher, porque é um documento obrigatório pra pegar o anticoncepcional, pra fazer laqueadura, pra fazer vasectomia, então a grande demanda do grupo de direitos reprodutivos é a aquisição desse documento (ENF 32)

O papel da ESF relacionado à prevenção de IST/aids deve se fundamentar na reversão dos quadros epidemiológicos identificados no país atualmente. Situada como porta de entrada preferencial do sujeito ao sistema, tem como um de seus fundamentos e diretrizes estimular a participação dos usuários na perspectiva de aumentar sua autonomia e capacidade de construção do cuidado, identificando os fatores condicionantes e determinantes de saúde (BRASIL, 2011a).

As políticas de atenção às IST/aids no Brasil focalizam ações de prevenção e tratamento da doença. Os profissionais de saúde que lidam com essa temática tem o importante papel de reforçar a mudança na percepção da população sobre o foco de ação, que está centrado na doença em detrimento das medidas preventivas.

Uma prática preventiva de IST/aids representada no capítulo foi a realização de GDR nas UAPS. Os enfermeiros utilizam essa oportunidade para abordar as questões relativas à prevenção dessas doenças. Essa prática educativa tem como premissa a formação de grupos comunitários nos quais são trabalhadas noções de prevenção e de promoção da saúde sexual, bem como o estímulo ao sexo seguro (BRASIL, 2006b).

O Ministério da Saúde prevê prioridades nas estratégias de prevenção das IST/aids, ampliando a cobertura do diagnóstico e tratamento precoces, garantindo o acesso aos insumos de prevenção e enfatizando a necessidade de reconhecimento da vulnerabilidade (BRASIL, 2008b).

A realidade mostra que muitas unidades de saúde têm capacidade resolutive restrita, não atingindo as necessidades e demandas preventivas de IST/aids (DIÓGENES, CARVALHO e SILVA, 2009). Corroborando essa perspectiva, observamos que os enfermeiros retratam a baixa adesão da população às práticas preventivas realizadas nas unidades de saúde. E, juntamente com essa realidade, os usuários desprezam o conceito de vulnerabilidade e demonstram preocupação com a anticoncepção, favorecendo o aumento da vulnerabilidade individual à qual estão expostos.

No que tange à prevenção das IST/aids nos GDR, diversas são as características que influenciam negativamente para o mau desenvolvimento dessas práticas. Abordagens focalizadas no gênero feminino, metodologias inadequadas, recursos indisponíveis e fatores relacionados à clientela contribuem para a baixa adesão às práticas preventivas de IST/aids. Esses fatores retratados na pesquisa corroboram diversos estudos relacionados com o tema (CORDEIRO, 2008; AFONSO; LEMOS, 2011; FERRAZ; NEMES, 2012).

Promover o empoderamento do sujeito para redução da vulnerabilidade quanto às IST/aids é fator intrínseco no desenvolvimento das práticas preventivas realizadas pelos enfermeiros da ESF. A adesão à abordagem preventiva está relacionada com a existência de sujeitos que ensinam e aprendem simultaneamente. Nessa circunstância, o trabalho com a população quanto à prevenção de IST/aids pode propiciar o reconhecimento da pessoa como sujeito ativo e coconstrutor de resultados salutareos que irão contribuir para a redução da vulnerabilidade a essas doenças.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A magnitude da epidemia das IST/aids no mundo trouxe grandes discussões e controvérsias nos serviços de saúde pública. Entendemos que considerar a evolução dessas doenças em nosso meio seja fator intrínseco para refletirmos sobre sua incidência, diagnóstico e tratamento precoce, com o objetivo de assegurar que as práticas preventivas realizadas no âmbito da atenção básica em saúde por enfermeiros ganhem visibilidade e favoreçam ações resolutivas. Busca-se também promover o impacto necessário para a redução da transmissibilidade.

Compreender as práticas preventivas das IST/aids realizadas por enfermeiros na estratégia de saúde da família significa elencar uma diversidade de características inerentes a essa profissão. Fica evidente que as representações elaboradas pelos enfermeiros se pautam na prática educativa realizada em grupos específicos visando atingir o contingente populacional exposto a esse grupo de doenças.

Das representações reveladas surgiram situações que elucidaram a prática social do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Diante das mensagens emitidas, podemos perceber que a prevenção das IST/aids na atenção básica está centrada na prática social educativa, tornando essa atividade rotineira do profissional enfermeiro neste nível de atenção à saúde.

É importante o desenvolvimento de práticas educativas direcionadas para a prevenção das IST/aids. Essas práticas têm sua relevância na medida em que são reconhecidas como práticas sociais de informação, educação e comunicação para o fortalecimento da promoção da saúde, atribuindo às mesmas formas articuladas de resolutividade dos problemas sociais.

Reconhecendo a necessidade de modificações nas práticas preventivas na atenção básica em saúde, identificamos um paradoxo ao analisarmos as ações desenvolvidas e as normatizações previstas pelos órgãos gestores de saúde. Percebemos que as práticas dissociam da teoria, mesmo considerando que o nível de atenção básica em saúde seja um espaço de desenvolvimento de ações direcionadas para promoção da saúde e prevenção de doenças. Notamos práticas desarticuladas, com foco no individual e com uso de estratégias de abordagens que parecem ineficazes para essa população atendida.

Neste sentido, podemos apreender que, na implementação das estratégias realizadas pelos profissionais participantes do estudo, torna-se imprescindível a adoção de uma metodologia que possibilite o entendimento da população sobre a dinâmica preventiva na abordagem das IST/aids. Portanto, cabe destacar que a aplicação de uma linguagem adequada, sensível às necessidades dos usuários, tende a ser um fator auspicioso para o desenvolvimento de práticas preventivas eficazes.

A importância do conhecimento e do acesso à informação para o enfrentamento dos problemas decorrentes das IST/aids é um aspecto reconhecido nos depoimentos dos enfermeiros. Nas representações, identificamos a relevância de transpor barreiras que ampliassem o desenvolvimento dessas práticas preventivas para além da unidade de saúde, direcionando as atividades educativas em espaços da comunidade, interagindo com a realidade do sujeito, como é o caso do ambiente escolar.

A educação sexual realizada nas escolas torna-se uma estratégia valiosa no desenvolvimento de práticas preventivas na redução da vulnerabilidade das IST/aids. Considerando a necessidade da inserção da educação em saúde no ambiente escolar, cabe também aos profissionais da atenção básica a promoção dessas iniciativas. Nessa perspectiva, a enfermagem destaca-se pela proximidade com o ser humano e pelo desenvolvimento de práticas educativas voltadas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Portanto, tal área assume o compromisso de participar nas ações de educação em saúde.

A relação intersetorial entre educação e saúde sempre foi um desafio no Brasil. A necessidade de inserção do profissional de saúde no ambiente escolar auxilia no desenvolvimento de práticas de discussão sobre hábitos saudáveis de vida. O impacto dessas ações neste ambiente beneficia a ampliação de atividades nos grupos de faixa etária menor, contribuindo para a aplicação precoce de conteúdos que promovam discussões sobre comportamentos adequados de vida, a fim de promover a redução da vulnerabilidade das doenças.

Fica evidente a variedade das práticas preventivas desenvolvidas pelos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família. No entanto, esses profissionais não reconhecem essas atividades como práticas de saúde voltadas para a redução da vulnerabilidade das IST/aids, mas sim, como práticas no sentido próprio da palavra, apenas o “fazer”, seja pela dificuldade de atribuir sentido às ações ou por diversos

fatores que influenciam no desenvolvimento das mesmas, como a falta de insumos e recursos humanos, o descomprometimento dos gestores públicos de saúde, desvalorização profissional, falta de capacitações, insegurança na abordagem da temática e dificuldade de adesão dos usuários aos métodos preventivos de IST/aids.

Acreditamos, portanto, que a atenção básica em saúde é um local privilegiado para o desenvolvimento de práticas de saúde na abordagem de prevenção das IST/aids. Contudo, é oportuno considerar que muitos locais ainda desenvolvem ações pautadas no modelo centrado de doença, sustentando o aspecto curativista, que impossibilita a transformação das práticas centradas nas necessidades de saúde dos usuários, desfavorecendo a promoção da saúde dentro da perspectiva da integralidade da assistência.

As representações dos participantes do estudo indicam que a integração das ações de prevenção de IST/aids na Estratégia Saúde da Família não devem limitar-se a uma questão meramente técnica de desenvolvimento das ações assistenciais próprias. Desse modo, os enfermeiros devem ampliar suas práticas no sentido de que incluam ações embasadas no modelo de promoção da saúde para que atinjam o propósito da redução da vulnerabilidade às IST/aids. Significa, portanto, que a enfermagem precisa superar essa prática limitadora que a dificulta na realização de um trabalho em saúde que leve em consideração as necessidades sentidas e geradas pela população.

Pensar um estudo de representação enquanto processo nem sempre é uma tarefa fácil. No entanto, o resultado aqui apresentando mostra o limite do entendimento do que vem a ser promoção à saúde. Revelando um modo de fazer fragilizado pela estrutura do processo de trabalho que muitas vezes não encontra base nas instâncias decisórias para respeitar as necessidades geradas pela população.

REFERÊNCIAS

ABEN. **Projeto de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil**. Brasília, DF: ABEn, 1996.

ABRIC, J.C. O estudo experimental das representações sociais. In: In: JODELET, D. (org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: ed. UERJ, 2001. p. 156-171.

_____. 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. 328p.

ACIOLI, S. *et al*. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-21, jan-fev, 2008.

_____. **HIV/AIDS e enfermagem: análise da produção de teses e dissertações do período de 1980 a 2005: estudo bibliográfico**. Revista On line Brazilian Journal of Nursing. v.5, n.3, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/objnrusing/index.php/article/view/577>. Acesso em: 20 de outubro de 2011.

AFONSO, RR; LEMOS, A. Adesão nos grupos educativos em contracepção em uma área programática do Rio de Janeiro. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n. 2, p. 238-47, abr/jun, 2011.

AGUIAR, ZN. **A descentralização do SUS: o financiamento e as normas operacionais básica de saúde**. In: _____. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ANTUNES, M.J.M. **O trabalho da gerência na rede básica do Sistema Único de Saúde – SUS: a contribuição da enfermagem brasileira no Universo da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPEsc**. [tese]. São Paulo, SP: Escola de Enfermagem da USP, 2001.

ARAÚJO, M. F. S. A prática profissional e a construção da identidade do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. **Política & Trabalho 19**. Programa de Pós-Graduação em Sociologia – UFPB, out, 2003.

ARAÚJO, V. S. *et al*. **Percepção dos enfermeiros sobre educação em saúde na atenção básica**. 13º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. 2010.

ATAKA, T; OLIVEIRA, L. S. S. A utilização dos protocolos de enfermagem no programa de saúde da família no município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. e, n. 013, p. 19-24, 2007.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 2, p. 465-469, 2003.

AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA JÚNIOR, I. **Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde**. In:

CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 375-418.

AZAMBUJA, EP *et al.* É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 19, n. 4, p. 658-66, Out-Dez, 2010.

AZEVEDO, M.G.S.L.C. **Acesso gratuito aos medicamentos antirretrovirais: contribuição do Legislativo para a política brasileira de combate à Aids no Brasil**. Monografia (especialização). Brasília: Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados/CEFOP, 2010.

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. R.; BÜSCHER, A. O papel do profissional enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BECK, CLC *et al.* Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 490-495, jul-set, 2010.

BEZERRA, E. P.; PINHEIRO, P. N. C.; BARROSO, M. G. T. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. **Esc. Anna Nery. Rev. Enferm**, v. 12, n. 3, p. 522-28, set, 2008.

BEZERRA, E. P.; TORRES, E. A.; BARROSO, M. G. T. Dialogando com professores na escola sobre sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 9, n. 4, p. 151-157, out/dez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de DS/Aids. **Boletim Epidemiológico Aids e DST (versão preliminar)**, Ano IX, nº 01, até a semana epidemiológica 26 – junho de 2012, Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Boletim Epidemiológico sífilis**, Ano I, nº 1, Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Boletim Epidemiológico hepatites virais**, Ano III, nº 1, Brasília, 2012c.

_____. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n. 204, p. 48-55, 24 de outubro, 2011a. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **HIV/aids no Brasil: provimento de prevenção em um sistema descentralizado de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <
<http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/hivaida no brasil provimento de prevencao em um sistema descentralizado de saude>>. Acesso em: 27 de setembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de DS/Aids. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**, Ano VI, nº 01, 27^a a 52^a – semanas epidemiológicas – julho a dezembro 2008, 01^a a 26^a – semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2009. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Saúde do Homem (Princípios e diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. **Portaria Interministerial nº 2101**, de 03 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n. 212, p. 111, 04 de novembro de 2005b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e**

desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. **Parecer CNE/CES nº 1.133**, de 07 de agosto de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n. 190, p. 131, 03 de outubro de 2001b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil:** relatório final. v.1 – Brasil e Grandes Regiões. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento: um desafio para a prática integral em saúde (avaliação das ações)**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: **diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF); 1996a.

_____. **Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996**. Brasília, 15 de janeiro de 1996. Seção 1, p. 1-3, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Programa Nacional de DST/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D; FREITAS, CM. Promoção da Saúde: conceitos reflexões e tendência. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. **A formação superior dos profissionais de saúde**. In: GIOVANELLA, L. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 1011-1034.

CAMPOS, P. F. S.; OGUIUSSO, T. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 61, n. 6, p. 892-8, nov-dez, 2008.

CARRET, M.L.V. et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 38, n. 1, p. 76-84, 2004.

CARVALHO, N.S. Bioética e doenças Sexualmente Transmissíveis. **J bras Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 2, p. 57-61, 2003.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

COELHO, JS. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca da equidade e transformação. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 21, supl.1, p.138-151, 2012.

COLENCI, R; BERTI, HW. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepção de egressos de graduação de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 158-66, 2012.

CORDEIRO, T. M. O. **Avaliação da Organização da Assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis na Rede Básica de Saúde do município de Ilhéus/BA**. [dissertação de mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: Fundação FIOCRUZ, Salvador, 2008, 100p.

COSTA, G. D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras Enferm**, v. 62, n. 1, p. 11-8, jan-fev, 2009.

COUTO, VASF. **Sexualidade e DST/AIDS: conhecimentos e práticas de proteção com escolares**. [dissertação de mestrado] – Universidade Metodista de São Paulo. São Paulo, 2004, 85p.

CZERESNIA, S. **O conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção**. In: _____. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

DEBALD, F. R.; MACHADO, D. R.; ALMEIDA, G. C. A prática educativa e o enfermeiro no PSF. **Pleiade**, Foz do Iguaçu, v. 2, n. 2. p. 75-96, jul-dez, 2008.
DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez/Oboré, 1992.

DIÓGENES, MAR; CARVALHO, ARFA; SILVA, HHR. Desvios de saúde em portadoras de condiloma vulvar. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 2, p. 58-66, abr./jun. 2009.

FARR, R.M. **As raízes da psicologia social moderna**. Petrópolis: Vozes, 2000.

FERLA, AA *et al.* **Descentralização e políticas públicas para DST/AIDS: estudo do sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: ABIA, 2006.

FERRAZ, D. A. D.; NEMES, M. I. B. **Prevenção das DST e AIDS na atenção primária à saúde: reflexões sobre as práticas a partir do estudo de uma**

unidade de saúde da família. In: PAIVA, V. Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa.** 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FERREIRA, RC; FIORINI, VML; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 207-15, 2010.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.** In: MERHY, E.E. et al. O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.

FRANCOLLI, L.A.; BERTOLOZZI, M.R. **O Perfil Epidemiológico na Prática do Enfermeiro no Programa Saúde da Família.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo, Paz e Terra, 2011.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia.** Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34, 2000.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 393-8, jul-ago, 2005.

GRANGEIRO, A. **O Perfil Socioeconômico dos Casos de AIDS na Cidade de São Paulo.** In: PARKER, R. et al. A AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. P. 273-306.

HERINGER, A. **Sentidos e práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS no Programa de Saúde da Família.** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem/UERJ, 2007.

HEIMANN, LS *et al.* Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2877-2887, 2011.

INSTITUTO BENEFICENTE VIVA A VIDA. **Histórico da doenças sexualmente transmissíveis.** Suzano, SP, 2005. Disponível em: <<http://www.ibvivavida.org.br/artigos.asp?id=218>>. Acesso em: 12 de setembro de 2011.

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

LEAVEL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais dos profissionais do PSF. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 28, n. 2, p. 374-389, 2008.

LISBOA, M.E.S. **Vulnerabilidade da Mulher frente às DST/HIV/AIDS**. IV Congresso Virtual HIV/AIDS: A Mulher e a Infecção pelo HIV/SIDA, Portugal, 2009.

LOPES, DC. **Atenção Básica em Saúde: análise da equidade no Sistema de Saúde Pública no Brasil** [Monografia]. Brasília: Universidade Federal de Brasília, 2011.

LOPES, MH. **Avaliação da implantação das ações de prevenção da transmissão vertical se sífilis no pré-natal em unidades de saúde da família de Cuiabá**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

LUNA, I. T. *et al.* Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis às DST/AIDS. **Ciência y Enfermería**, v. 18, n. 1, p. 43-55, 2012.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2011. 277p.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1 [on line], jan-fev, 2011. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 28 de agosto de 2012.

MEDEIROS, SM *et al.* Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 233-240, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm. Acesso em: 20 de abril de 2013.

MELAMED, C; COSTA, NR. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 8, v. 2, p. 393-401, 2003.

MILANELLI, H. **Ser docente: um estudo sobre as representações Sociais de enfermeiros que atuam como professores no Ensino técnico de enfermagem**. [Dissertação de mestrado]. São Bernardo do Campo: Faculdade de Humanidades e Direito, Universidade Metodista de São Paulo, 2010.

MINAYO, M.C.S. O conceito de Representações Sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs). **Textos em representações sociais**. 10 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008a. 324 p.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008b. 407 p.

_____. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MONTEIRO, S. **Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 3ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 404p.

_____. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: ed. UERJ, 2001. p. 46-66.

_____. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. Editores, 1978. 291 p.

MOURA, BLA *et al*. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 10 (Supl.1): S69-S81, nov, 2010.

NAVARRO, A. M. A. *et al* . Representações sociais do HIV/aids: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **R. pesq.: cuid. Fundam**, Ed. Supl., p. 92-99, 2011

NÓBREGA, M.M.L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Projeto do CIE. **Nursing** (edição brasileira), v. 5, n. 51, p. 12-4, 2002.

OLIVEIRA, D.C.; et al. Análise da produção de conhecimento sobre o HIV/aids em periódicos brasileiros de enfermagem no período de 1980 a 2005. **Revista Texto em Contexto-enfermagem**. Out-Dez, p. 654-62. 2006.

_____. **A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar**. In: ALMEIDA, A.M.O;

SANTOS, M.F.S; TRINTADE, Z.A (org). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitek, 2001. p. 585-623.

PAI, D. D.; SCHRANK, G; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 1, p. 82-7, 2006.

PAIVA,V; PUPO, LR; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 40 (Supl):109-19, 2006.

PALÁCIO, MB; FIGUEIREDO, MAC; SOUZA, LB. O cuidado em HIV/aids e a atenção primária em saúde: possibilidades de integração da assistência. **PSICO**, v. 43, n. 3, p. 350-367, jul./set. 2012.

PORTELA, MC; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. Supl, p. 70-9, 2006.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Ed. Layola, 2005.

REIS, V. N. **Cenas, fatos e mitos na prevenção do HIV/aids: representações sociais de mulheres de uma escola pública de Juiz de Fora/MG**. [dissertação de mestrado]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF, 2010.

ROCHA, BS; MUNARI, DB; BEZERRA ALQ; MELO LKA. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. *Rev. enferm. UERJ*, v. 17, n. 2, p. 229-33, 2009.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

RUA, MG. **Avaliação das ações de prevenção de DST/Aids e uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras**. Brasília, 2001.

RUMOR, P. C. F. *et al*. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. *Cogitare*, v. 15, n. 4, p. 674-80, out/dez, 2010.c

SÁ, C.P. **A construção do objeto em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO Jr, J.L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, PE, v. 6, n. 3, p. 335-46, 2006.

SAMPAIO, J. *et al*. Gênero, sexualidade e práticas de prevenção das DST/aids: produções discursivas de profissionais de saúde da família e de adolescentes do Vale do São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 12, n. 2, p. 173-187, 2010a.

SAMPAIO, J. *et al*. Promoção da saúde sexual: desafios do Vale do São Francisco. *Psicologia & Sociedade*, v. 22, n. 3, p 499-506, 2010b.

SANTOS, E.M. *et al*. **Avaliação dos programas de controle da malária, dengue, tuberculose, e hanseníase na Amazônia Legal: uma proposta de concepção teórica e metodológica comum aos processos endêmicos**. In: Série: Ensinando Avaliação. Dimensão Técnico-Operacional MLP. v. 2, p 75-81. 2005.

SANTOS, S.M.J; NÓBREGA, M.M.L. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC e utilizadas no cuidado de pacientes com AIDS. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, SP, v. 38, n. 4, p. 369-78, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Coordenação Estadual de DST/Aids. **Boletim Epidemiológico DST/Aids**. Belo Horizonte, 2009.

SECRETARIA DE SAÚDE, SANEAMENTO E DESENVOLVIMENTO AMBIENTAL DE JUIZ DE FORA – SSSDA/JF. **Programa Municipal de DST/Aids/Juiz de Fora**. Relatório, Juiz de Fora, 2009. Disponível em: <http://www.sssda.pjf.mg.gov.br/>. Acesso em: 16 de outubro de 2011.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14 (Supl. 1): 1453-1462, 2009.

SILVA, DGV *et al.* Os desafios enfrentados pelos iniciantes na prática de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 511-6, 2010.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família: o caso do município de Vitória, Espírito Santo. **Rev. Eletr. Enf.** [on line], v. 12, n. 3, p. 441-8, 2010. Disponível em: <<http://www.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a04.htm>>. Acesso em : 23 de outubro de 2012.

SILVA, J.A.S; VAL, L.F.; NICHATA, L.Y.I. **A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/AIDS: uma revisão da literatura**. O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, v. 34, n. 1, p. 103-08, 2010.

SILVEIRA, DS *et al.* Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica em saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 26, v. 9, p. 1714-1726, set, 2010.

SPINK, M.J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs). **Textos em representações sociais**. 10 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 324 p.

TRAVESSO-YÉRPES, M. A.; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto sexual: esclarecendo práticas. **Psicologia & Sociedade**; v. 14, v. 2, p. 133-147, jul./dez, 2002.

UMPIÉRREZ, AHF; MERIGHI, MAB; MUÑOZ, LA. Percepções e expectativas dos enfermeiros sobre sua atuação profissional. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n.2, p. 165-71, 2013.

UNAIDS. **Relatório Global do UNAIDS 2012**. Políticas de Prevenção ao HIV/AIDS. Brasília, Julho de 2012.

Apêndice A – Solicitação para realização da pesquisa junto à Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora – MG

Título provisório: *Práticas preventivas de IST/aids: representações sociais de enfermeiros da atenção básica em saúde*

Pesquisadora: Angélica Aparecida Amarante Terra

Orientadora: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

A Ilma Sra Secretária Municipal de Saúde de Juiz de Fora – MG
Dr^a. Maria Helena Leal Castro

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2012.

Prezada Senhora Secretária,

Venho solicitar de V. S. a autorização para enquanto pesquisadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* na modalidade de Mestrado Acadêmico da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora realizar entrevistas com os enfermeiros (as) que trabalham nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) estruturadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Juiz de Fora. O trabalho conta com a orientação da Prof^a Girlene Alves da Silva.

Esclareço que os depoimentos atenderão à finalidade de um trabalho científico, incluindo a elaboração do projeto de dissertação e relatório de defesa a ser apresentada para banca examinadora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e divulgação em meio científico, como atividade obrigatória para conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. O título provisório é "*Representações sociais dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora sobre as práticas preventivas na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids*". Os objetivos do estudo são: caracterizar as representações sociais dos enfermeiros da ESF sobre as práticas preventivas na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids e analisar as relações entre as representações sociais dos enfermeiros sobre as práticas preventivas das DST/aids e as estratégias desenvolvidas por esse profissional para reduzir a vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

Ressalto que o referido projeto será encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, e todas as exigências éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde serão rigorosamente cumpridas.

Desde já agradeço a atenção dispensada e coloco-me à disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Angélica Aparecida Amarante Terra
Pós-graduanda do Curso de Mestrado em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem – UFJF
Tel: (32) 3213-2981

AUTORIZADO EM (DATA): ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO: _____

Dr^a. Maria Helena Leal Castro
Secretária Municipal de Saúde de Juiz de Fora - MG


Apêndice B – Roteiro para entrevista

Título: *Práticas preventivas de IST/aids: representações sociais de enfermeiros da atenção básica em saúde*

Pesquisadora: Angélica Aparecida Amarante Terra

Orientadora: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva

Roteiro para entrevista

 Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de Enfermagem				
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS				
Primeira etapa: Caracterização dos sujeitos e da UAPS	Código do participante: ENF _____	Data da entrevista: __/__/__	Início: ____:____	
	Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de nascimento: __/__/__	Término: ____:____	
	Religião:	Nº de filhos: <input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> mais de 2		
	Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> união consensual <input type="checkbox"/> viúvo			
	UAPS que trabalha:	Nº de equipes: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais		
	Tempo de implantação da UAPS	____ anos ____ meses		
	Tempo de formação	____ anos ____ meses	<input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada	
	Tempo de trabalho como enfermeiro (a)	____ anos ____ meses		
	Tempo de trabalho na ESF	____ anos ____ meses		
	Vínculo trabalhista: <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> Servidor Público <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Outro: _____			
	Possui algum tipo de especialização (mínima de 360 horas)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, diga qual a sua especialidade: _____			
	Você fez alguma capacitação para abordagem das IST? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, quando e onde ocorreu? _____			
Trabalha em enfermagem em mais algum local? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO. Se sim, quantos? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ou mais. Função: <input type="checkbox"/> enfermeiro (a) <input type="checkbox"/> técnico (a) de enfermagem <input type="checkbox"/> auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Outro				
Segunda etapa: Questões da entrevista	1. <u>Prática do enfermeiro:</u> (Falar sobre as atividades do dia-a-dia na ESF) Como você percebe a prática do enfermeiro na ESF? Como ocorrem? Para quem é direcionada? Como são desenvolvidas?			
	2. <u>Práticas preventivas de IST/aids:</u> O que significa para você prevenção de IST/aids? O que entendem sobre as IST/aids? Como orientam a prevenção das IST/AIDS?			

3. Abordagem da prevenção das IST/aids na ESF:

Como ocorre a prevenção das IST/aids na UAPS? Quais práticas são realizadas? Quando ocorrem? Quem faz? É um trabalho interdisciplinar?

- **Grupo de direitos reprodutivos:** o que orientam nos grupos? Quando ocorrem os grupos? Quem faz os grupos? Quando falam das IST/aids?
- **Preservativo:** como orientam? Orientação e acesso da população.
- **Preventivo:** como é realizado? O que faz durante a consulta? Como faz a orientação a respeito das outras IST? O enfermeiro (a) pode tratar alguma IST? Como isso acontece?
- **Demanda espontânea:** existe? É abordado em algum outro momento? Existe alguma população vulnerável? O que fazem com essa população?
- **Já identificou algum caso de IST/aids?** Se sim, o que fez?

4. Fatores que influenciam as ações de prevenção de IST/aids na atenção primária:

Tem alguma coisa que influencia no desenvolvimento das práticas voltadas para IST/aids na ESF? Poderia relatar?

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título: *Práticas preventivas de IST/aids: representações sociais de enfermeiros da atenção básica em saúde*

Pesquisadora: Angélica Aparecida Amarante Terra

Orientadora: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr(a): _____

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **“Representações sociais dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora sobre as práticas preventivas na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids”**, que está sendo desenvolvida por Angélica Aparecida Amarante Terra, pós-graduanda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob orientação da Profa. Dra. Girlene Alves da Silva. Neste estudo pretendemos caracterizar as representações sociais dos enfermeiros da ESF sobre as práticas preventivas na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids e analisar as relações entre as representações sociais dos enfermeiros sobre as práticas preventivas das DST/aids e as estratégias desenvolvidas por esse profissional para reduzir a vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

O motivo que nos leva a estudar as representações sociais dos enfermeiros na abordagem das IST/aids é identificar as práticas preventivas realizadas por esses profissionais na Estratégia Saúde da Família, a fim de apreender como estas práticas são articuladas e implementadas para promover a redução da incidência de casos dessas doenças na população.

Sua participação consistirá em responder as questões formuladas pela pesquisadora durante a entrevista, de forma que a sua opinião sobre o assunto possa ser emitida livremente.

Para aceitar participar desta pesquisa é necessário que primeiramente você esteja ciente dos seguintes procedimentos que serão adotados:

1. A participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir durante o processo de coleta de dados, caso venha desejar, sem risco de qualquer penalização, prejuízo ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador;
2. Será garantido o seu direito de, durante as entrevistas, recusar a responder as perguntas ou não falar de assuntos que possam causar qualquer tipo de desconforto, sentimentos desagradáveis ou constrangimento;
3. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e, caso você desejar, lhe será disponibilizado a cópia do texto elaborado da entrevista para conferência e a garantia de que nada será publicado sem autorização;
4. Serão garantidos o sigilo e a privacidade, sendo preservado a você o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo;
5. Os dados obtidos serão utilizados para fins científicos e divulgados em eventos e revistas, porém você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo;
6. Os encontros serão agendados de acordo com a sua disponibilidade e a da pesquisadora, em local previamente definido entre ambas;
7. As entrevistas serão gravadas em aparelho Mp4 e ficarão arquivadas com a pesquisadora e destruídas após cinco anos do término do estudo;
8. Você não terá nenhum custo com a pesquisadora, bem como não receberá nenhuma forma de pagamento para participar do estudo;
9. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada, seja diretamente com as pesquisadoras ou através de divulgação em meio científico. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão;
10. Como se trata de uma entrevista é sabido que este é um tipo de procedimento que pode causar risco mínimo ao participante, ou seja, riscos presente diariamente na vida de uma pessoa;
11. Este termo será assinado por você e pela pesquisadora em duas vias, ficando uma cópia arquivada com a referida pesquisadora e outra com você;
12. Caso necessite de esclarecimento poderá entrar em contato com a pesquisadora, bem como sua orientadora, de segunda à sexta-feira das 08:00 às 17:00 horas, através dos telefones:

(32) 8811-6731 (Angélica Aparecida Amarante Terra) e (32) 3229-3821 (Profa. Dra. Girlene Alves da Silva) ou pelo e-mail: angelicaterra@gmail.com.

Agradeço a sua colaboração e solicito o seu acordo neste documento.

Atenciosamente,
Angélica Aparecida Amarante Terra

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu,

_____,
portadora do RG nº _____ fui informada dos objetivos do estudo **“Representações sociais dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora sobre as práticas preventivas na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids”** (título provisório). Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro, portanto, para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, ciente que estarão gravadas em aparelho Mp4, para ser usada integralmente ou em partes, sem restrição de prazos ou citações desde a presente data. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido, e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2012.

Conforme previsto na Resolução 196/96, a assinatura abaixo representa o meu acordo em participar da pesquisa.

Nome	Assinatura do participante	Data

Nome	Assinatura do pesquisador	Data

Nome	Assinatura do orientador	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa – UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa – Campus Universitário da UFJF

Juiz de Fora (MG) – CEP: 36036-900

Telefone: (32) 2102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

PROJETO DE PESQUISA

Título: Representações sociais dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município mineiro sobre as práticas preventivas na atenção básica em saúde na abordagem das Infecções Sexualmente Transmissíveis/aids

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 01927012.8.0000.5147

Pesquisador: Angélica Aparecida Amarante Terra

Instituição: Faculdade de Enfermagem

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 103.640

Data da Relatoria: 16/08/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo que se apóia como referencial teórico na Teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici em 1961. Tem como objeto de estudo as representações sociais dos enfermeiros da ESF de um município mineiro sobre as práticas preventivas na atenção básica em saúde na abordagem das IST/aids. Está bem estruturado e com boa problematização da questão central da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Claros e definidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É uma pesquisa de risco mínimo e estão citados os riscos e benefícios de participar na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa irá contribuir para a melhoria da atuação dos enfermeiros que se propõem a trabalhar com prevenção na atenção básica em saúde. Poderá possibilitar reflexões sobre a importância de práticas preventivas na abordagem das Infecções Sexualmente Transmissíveis/aids nesse âmbito de atenção à saúde. Os resultados da pesquisa contribuirão para fortalecer propostas de integralidade da atenção à saúde.

A pesquisa está bem estruturada e bem apoiada por um referencial atualizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Bem escrito e contém todas as informações necessárias da pesquisa para o esclarecimento dos participantes.

Recomendações:

Fazer correção ortográfica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

JUIZ DE FORA, 21 de Setembro de 2012

Assinado por:
Edelvais Keller

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu