

PERCEÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE ACERCA DA PREVENÇÃO DA EPIDEMIA DA AIDS EM FLORIANÓPOLIS-SC, BRASIL (1986-2006)

Mariana Vieira Villarinho¹, Maria Itayra Padilha², Isabel Cristina Alves Maliska³, Maria Ligia dos Reis Bellaguarda⁴, Camila Sell⁵, Aline Coelho Ferreira⁶

¹ Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Trabalho na Secretaria de Estado da Administração de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: nanyufsc2004@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pesquisadora do CNPq. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: padilha@nfr.ufsc.br

³ Doutora em Enfermagem. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: isabel.alves@yahoo.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora na Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário Estácio de Sá. São José, Santa Catarina, Brazil. E-mail: bellaguardaml@gmail.com

⁵ Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Enfermeira. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Email: camillasell@hotmail.com

⁶ Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Enfermeira do Hospital SOS Córdio. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: alini_zinhaa@hotmail.com

RESUMO: Pesquisa sociohistórica que objetivou conhecer a percepção dos trabalhadores da saúde de um hospital referência em doenças infectocontagiosas acerca da prevenção da epidemia da aids, 1986 a 2006. Os dados foram coletados de março a outubro de 2011, utilizando a técnica da história oral, com vinte e três trabalhadores da saúde que cuidaram de pessoas com aids, no período do estudo. Utilizou-se a análise de conteúdo, na qual emergiram duas categorias: necessidade de estratégias de prevenção e não uso do preservativo. Os resultados mostram que a percepção dos trabalhadores da saúde acerca da prevenção da aids ao longo da epidemia foi ruim, relacionado as fragilidades da mídia, dos profissionais da saúde nas ações de prevenção e a banalização da prevenção pela própria sociedade, ao não usar o preservativo nas relações sexuais. Concluímos que desconhecer a doença resultou na lentidão de esclarecimentos e prevenção acerca do HIV/aids.

DESCRIPTORES: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Pessoal de saúde. História.

PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT AIDS EPIDEMIC PREVENTION, IN FLORIANÓPOLIS-SC, BRAZIL (1986-2006)

ABSTRACT: Socio-historical research whose aim was to know the perception of health professionals about AIDS epidemic prevention from 1986 to 2006. They worked in a reference hospital for infectious and contagious diseases. The data was collected from March to October 2011, using the oral story technique, and the subjects were twenty-three health professionals who looked after people suffering from Acquired Immune Deficiency Syndrome during the above mentioned period. The content analysis described by Bardin was used and two categories came up: the need for preventive strategies and the lack of using condoms. The results showed that the health professionals' perception about AIDS prevention was bad due to: the media fragility, the health professionals' actions regarding preventive strategies and the trivialization of the preventive measures by the society, by not using condoms in sexual intercourse. We concluded that ignoring the disease led to slowing down the process of clarifying and preventing HIV/AIDS.

DESCRIPTORS: Acquired Immune Deficiency Syndrome. Health personnel. History.

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD ACERCA DE LA PREVENCIÓN DE LA EPIDEMIA DEL SIDA, EN FLORIANÓPOLIS-SC, BRASIL (1986-2006)

RESUMEN: Investigación socio-histórica cuyo objetivo fue conocer la percepción de los profesionales de salud de un hospital referencia en enfermedades infecto-contagiosas acerca de la prevención de la epidemia del SIDA de 1986 hasta 2006. Los datos fueron recopilados de marzo a octubre de 2011, utilizando la técnica de historia oral, con veintitrés profesionales de la salud que estuvieron a cargo del cuidado de personas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida durante el período del estudio. Fue utilizado el análisis de contenido descrito por Bardin, del cual surgieron dos categorías: necesidad de estrategias de prevención y falta de uso de preservativos (condones). Los resultados muestran que la percepción de los profesionales de la salud sobre la prevención del SIDA a lo largo de la epidemia fue mala, lo que está relacionado a las fragilidades de los medios de comunicación, a los profesionales de la salud en las acciones de prevención y a la banalización de la prevención por la misma sociedad, al no usar condones en las relaciones sexuales. Concluimos que desconocer la enfermedad tuvo como resultado la lentitud en las aclaraciones y prevención sobre el HIV/SIDA.

DESCRIPTORES: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Personal de salud. Historia.

INTRODUÇÃO

O HIV/aids é considerado um relevante fenômeno social nas relações entre as pessoas, uma vez que abrange aspectos relacionados a ética, religião, sexualidade, drogas e a própria moralidade conjugal.¹ A partir do empreendimento de políticas públicas e financiamentos, os avanços tecnológicos e de pesquisas iniciaram uma busca incessante ao conhecimento sobre o vírus do HIV, bem como de estratégias de prevenção para evitar e/ou minimizar o processo epidêmico.

No Brasil, início da década de 1980, ao mesmo tempo em que o HIV/aids vinha destruindo muitas vidas, estabeleceu-se uma interação entre a sociedade e as políticas públicas. Quando em 1986 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional da AIDS (PN-DST/AIDS), uma de suas primeiras diretrizes para o enfrentamento da epidemia foi o reconhecimento da aids como um problema de saúde pública.²

Neste contexto, o Estado de Santa Catarina (SC), como em todo o território nacional se inseriu neste ativismo, na busca por soluções ao processo epidêmico do HIV/aids. O primeiro caso de aids no estado foi notificado no ano de 1984, e na capital, Florianópolis, em 1986. Com a ocorrência dos primeiros casos de aids, o Hospital Nereu Ramos (HNR), instituição referência em doenças infectocontagiosas de SC, cenário deste estudo, localizado no município de Florianópolis, passou a estruturar-se reservando leitos de internação e criando um ambulatório para o acompanhamento dos casos da doença que se multiplicavam. Além da estrutura física, os profissionais de saúde da instituição passaram a se instrumentalizar a fim de assistir tanto os pacientes hospitalizados, com complicações, quanto para acolher os casos suspeitos, familiares, e a própria população que buscava informações sobre a epidemia.³

Ao nos remetermos à história da epidemia da aids, podemos observar que muitos foram os seus desdobramentos, no que diz respeito aos padrões epidemiológicos, as repercussões psicossociais, ao tratamento e sobretudo aos aspectos relacionados a prevenção do HIV. É deste modo que buscamos apresentar neste manuscrito uma parte da história relacionada a evolução da aids que os trabalhadores da saúde vivenciaram no cuidado às pessoas com tal síndrome internadas no HNR, sobretudo no que diz respeito a percepção dos profissionais com relação a prevenção da aids ao longo da epidemia.

Neste sentido, o estudo traça como objetivo conhecer a percepção dos trabalhadores da saúde de um hospital referência em doenças infectocontagiosas acerca da prevenção da epidemia da aids, no período de 1986 a 2006.

A opção de (re)construir a história deste período, 1986 a 2006, deve-se ao primeiro caso notificado de aids em Florianópolis, município onde encontra-se localizado o Hospital Nereu Ramos (HNR), contexto deste estudo, e o recorte final até 2006 justifica-se ao fechamento do Ambulatório de DST/aids de Florianópolis, em virtude da descentralização do serviço de aids no município. O anseio pela pesquisa com trabalhadores da saúde, orientando-se pelas suas histórias e memórias deve-se por compreender o quanto estas lembranças e experiências, acerca das suas práticas de cuidado junto aos pacientes com HIV/aids, ao longo da epidemia, revelam suas percepções acerca da prevenção, o quanto que os trabalhadores da saúde tiveram que desenvolver ações, estratégias de conscientização com vista a prevenção, minimização da transmissibilidade do vírus HIV.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa sociohistórica com abordagem qualitativa, em que se utilizou a História Oral (HO) como método-fonte para a coleta de dados. Este tipo de pesquisa consiste na coleta sistemática de dados que se encontram relacionados com ocorrências passadas, e tem por objetivo lançar luzes sobre o passado para que este possa clarear o presente, inclusive fazer perceber algumas questões futuras.⁴ A opção pela HO à coleta de dados, deu-se por esta privilegiar a realização de entrevistas com pessoas que presenciaram, testemunharam e/ou participaram de acontecimentos num determinado contexto social.⁴

A coleta de dados ocorreu no período de março a outubro de 2011, por meio de entrevistas semiestruturadas com 23 trabalhadores da saúde que prestaram cuidado às pessoas com HIV/aids internadas no HNR, no período de 1986 a 2006, dentre eles quatro médicos, oito enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, um dentista, um nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga. Os critérios de inclusão foram: trabalhadores da saúde que atuaram no cuidado aos pacientes com HIV/aids, no período de estudo; que possuíam boa memória sobre o desenvolvimento das suas práticas laborais, no cuidado às pessoas com HIV/aids; e que possuíam disponibilidade e interesse em participar da pesquisa.

A seleção dos sujeitos para participarem da pesquisa foi realizada a partir de uma solicitação feita ao Recurso Humano do HNR e por recomendação dos próprios trabalhadores já entrevistados. Todas as entrevistas foram previamente agendadas, conforme a disponibilidade do entrevistado, respeitando local, data e hora por eles sugeridas. Além do próprio hospital, algumas entrevistas ocorreram nos domicílios, e outras em seus locais de trabalho.

Após o processo de coleta de dados, os mesmos foram transcritos, a fim de preservar a confiabilidade dos relatos. Nesse percurso, procurou-se identificar estruturas de relevância e realizar o reagrupamento por temas, conforme a análise de conteúdo de Bardin,⁵ na qual emergiram as categorias: necessidade de estratégias de prevenção e o não uso do preservativo. Tais categorias abordaram a percepção dos trabalhadores da saúde acerca da prevenção da aids ao longo da epidemia.

De acordo com a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a Pesquisa de que originou este manuscrito foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovada mediante o Parecer n. 920/10. Os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).⁶ Tendo em vista que alguns sujeitos deste estudo não aceitaram ser identificados nominalmente, optou-se pela garantia do anonimato a todos, e os mesmos foram apresentados por letras referentes às categorias profissionais e por números, no intuito de seguir a ordem cronológica que atuaram no HNR (por exemplo, médico M1, enfermeiro E3, técnico de enfermagem TE2, auxiliar de enfermagem AE1, dentista D1, assistente social AS1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos os resultados desta investigação a partir de dois agrupamentos discursivos, possibilitando ao leitor vislumbrar o percurso de análise dos dados na busca da compreensão da percepção dos trabalhadores da saúde acerca da prevenção da epidemia aids, no período do estudo.

Necessidade de estratégias de prevenção ao longo da epidemia

Nesta categoria os trabalhadores da saúde mencionaram a importância e a necessidade da adoção de estratégias de prevenção à diminuição da transmissibilidade do HIV, sobretudo voltado

aos Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs), homossexuais, prostitutas, por serem estes os considerados grupos de risco, no início da epidemia, mas que, infelizmente, ao longo da história da aids, as ações de prevenção foram sendo esquecidas pela mídia, pelos próprios profissionais da saúde, conforme revelam os depoimentos:

[...] foi preciso trabalhar a prevenção, porque a epidemia crescia assustadamente. A aids estava com tudo, eram muitos casos chegando, principalmente de jovens homossexuais, usuários de drogas injetáveis... e por sermos referência no Estado, nas capacitações sempre trabalhávamos a prevenção. Era um absurdo falar de aids, sem falar de prevenção [...] (M1).

[...] a prevenção era bastante trabalhada pelas enfermeiras. No início focavam mais na prevenção aos usuários de drogas, homossexuais, mas depois passaram a conscientizar, a realizar atividades de prevenção também com as mulheres casadas, jovens... porque depois não havia mais grupo de risco e o sexo seguro tinha que estar embutida na cabeça de todos [...] (D1).

[...] quando começou a história da aids, havia muita conversa, muita divulgação, o próprio Ministério da Saúde, por pressão da mídia, fazia mais campanhas de prevenção, e a gente investia na prevenção de maneira freqüente e não apenas em datas pontuais [...] (E3).

Os relatos demonstram a preocupação dos trabalhadores da saúde do HNR com relação as ações de prevenção a transmissibilidade do HIV junto à população ao longo da epidemia, no período do estudo, sendo que no início estas ações de prevenção pautavam-se principalmente nos “grupos de risco” e posteriormente foram ampliadas para outros grupos populacionais, passando-se a entender que a epidemia não se limitava apenas a determinados grupos sociais, mas a comportamentos que determinavam a um maior risco e consequentemente vulnerabilidade a transmissão do HIV.

No âmbito da doença, sendo esta compreendida como um processo dinâmico e multicausal, as noções de risco e vulnerabilidade assumem uma visão contextualizada sobre o adoecer, constituindo-se em circunstâncias e probabilidades da ocorrência de um determinado dano.⁷ Risco e vulnerabilidade apesar de terem estreita relação, são distintas, e talvez a maior contribuição no debate sobre a distinção de ambos os termos esteja um esforço no deslocamento da noção de risco individual para uma percepção de vulnerabilidade social.⁸

A noção de comportamento de risco foi um grande avanço na medida em que motivou a solidariedade dos grupos socialmente excluídos,

o reconhecimento da sociedade como vulnerável à infecção e a busca de condutas preventivas ao invés de prescritivas. A noção de vulnerabilidade retirou a prevenção do nível apenas individual e a remeteu à complexidade política, econômica, social e cultural, onde a pessoa se encontra.⁷

A partir de uma maior reflexão sobre a ocorrência das situações e comportamentos de risco, estudos ratificam que estas se localizam numa situação de vulnerabilidade mais ampla, determinada não apenas por ações individuais.⁷⁻⁸ Tendo em vista que nossa sociedade procura rotular os padrões de comportamento humano ideais, não só com relação a opção sexual, onde todos devem ser heterossexuais; mas também na forma de praticar tal opção, valorizando principalmente a relação estável e duradoura.⁹

Na perspectiva deste estudo e de acordo com as percepções dos profissionais da saúde quanto a prevenção do HIV/aids, no início de seu surgimento, sentiu-se a necessidade de disseminar ações de educação em saúde entre a população. No entanto, a excepcionalidade da epidemia foi sendo paulatinamente atenuada, ao ponto que estas ações foram sendo esquecidas pelo governo, militantes, até mesmo pelos próprios trabalhadores da saúde, que mais que assistir, cuidar, tinham o compromisso e a responsabilidade de educar, prevenir. Este fato merece atenção, pois a partir do momento que a categoria de transmissão sexual passou a ser considerada a principal forma de transmissão do HIV, o perfil da epidemia mudou, e nesta perspectiva, fez-se certo e necessário investir em estratégias de prevenção planejadas e contínuas que alcançasse todos, independente da opção sexual. Tendo em vista que em relação a aids todos são vulneráveis, a noção de grupo de risco torna-se obsoleta, e o que determina a chance da infecção ocorrer são os comportamentos, atitudes, ausência de estratégias de prevenção face a epidemia.¹⁰

Neste sentido, o profissional da saúde teve que ter o comprometimento de investir em ações de prevenção de forma ampla para todos, haja vista que atribuir aos indivíduos características promíscuas ou “não normais”, seria um dos principais equívocos que os trabalhadores da saúde preocupados com a prevenção da aids deviam evitar.

O não uso do preservativo

Nesta categoria, a percepção dos trabalhadores da saúde acerca da prevenção da aids, ao longo da epidemia, esteve na agravante conduta de al-

gumas pessoas pelo não uso do preservativo nas relações sexuais. Conforme os relatos, tal banalização ao uso, associou-se ao caráter crônico da aids, a partir do tratamento antirretroviral (ARV), que por sua vez aumentou a sobrevivência da pessoa com o vírus, e ao fato de alguns indivíduos, sobretudo os jovens, não terem vivenciado o estigma e discriminação em relação a aids do início da epidemia. Ademais, do ponto de vista dos trabalhadores da saúde, o não uso do preservativo pela população, associou-se também à cultura machista, aos sentimentos de invulnerabilidade, assim como ao fato do sexo estar vinculado ao prazer, paixão, atração física, sentimentos estes envolventes que repercutiram na prática sexual desprotegida.

As pessoas passaram a não se cuidar, a não usar preservativos, inclusive os profissionais da saúde a não aderir às medidas de proteção durante o cuidado. No início se teve muito medo e depois com o tratamento, com a caracterização da aids como doença crônica, as pessoas foram se acostumando, relaxando, banalizando a transmissão do HIV (E1).

O fato da aids passar a ser uma doença tratável e a ser considerada uma doença crônica fez com que as pessoas minimizassem seus cuidados de prevenção [...] (E4).

No que se refere ao não uso do preservativo associado ao caráter crônico da aids, conseqüente ao acesso à terapia antirretroviral, na metade da década de 1990, com a lei 9.313 de 13 de janeiro de 1996, a qual dispôs sobre a gratuidade do tratamento para todas as pessoas acometidas pelo HIV/aids, a história da síndrome mudou.¹¹ Apesar da aids ser uma doença incurável, os avanços científicos relacionados à proposta terapêutica “*High Active Antiretroviral Therapy*” (HAART) se configuraram em uma grande conquista, uma vez que conferiram significativos benefícios na melhoria da expectativa de vida das pessoas HIV positivo.¹²

Em relação a conquista ao acesso para o tratamento às pessoas com aids, a resposta brasileira no campo da assistência e tratamento à epidemia, estruturou-se anteriormente, já em 1986, com a criação dos Programas de DST/aids, no âmbito Estadual e Nacional, voltados à prevenção, financiamento de serviços de saúde para diagnóstico e tratamento, na época, com a distribuição apenas da zidovudina (AZT), único medicamento disponível, a partir de 1987.¹³⁻¹⁴

[...] com o tratamento para aids, as pessoas passaram a viver melhor, podiam até morrer de velhice, mas não por aids, e vejo que por isso ficavam descomprometidas com seu cuidado, tinham relação sexual com qualquer um e não usavam mais o preservativo [...] (M2).

O descaso das pessoas ao uso do preservativo nas relações sexuais decorrente a evolução medicamentosa, a disponibilidade da terapia antirretroviral de alta potência, gratuitamente às pessoas acometidas pela doença causou impacto notável na realidade da epidemia, uma vez que reduziu a morbimortalidade e o quantitativo de internações hospitalares e aumentou a sobrevida dos pacientes, que passaram a viver mais e melhor. Não há dúvida que a política de acesso universal ao tratamento permitiu aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida das pessoas que convivem com HIV, estabelecendo à aids um perfil de cronicidade.¹⁵ Entretanto, é preciso refletir, pois se por um lado o tratamento trouxe melhoria à sobrevida das pessoas com o vírus, por outro, a cronicidade da doença repercutiu na banalização da população em se prevenir da aids, em não usar o preservativo em suas relações sexuais.

Tal situação de banalização pelo não uso do preservativo na relação sexual e que mereceu atenção especial, segundo os relatos dos trabalhadores da saúde que prestaram cuidado aos pacientes com HIV/aids, foram também os casais sorodiscordantes. Na literatura nacional e internacional o uso do termo sorodiscordante é largamente utilizado para designar casais heterossexuais ou homossexuais, nos quais um dos parceiros é HIV positivo e o outro não.¹⁶

[...] o tratamento veio com drogas mais potentes para proporcionar uma melhor qualidade ao paciente, mas vejo que com ele [tratamento] houve uma banalização da doença, principalmente entre casais sorodiscordantes [...] (E7).

[...] as pessoas não usavam preservativo, inclusive casais sorodiscordantes. Quando eu atendia estes casais, a pessoa que não tinha o vírus dizia assim: 'vou fazer o quê. Se eu pegar, tem remédio' (M4).

Com a cronicidade da aids, aos poucos, a realidade dos que (con)viveram com a doença foi sendo alterada, gerando novos desafios para a sua compreensão e enfrentamento, inclusive pelos profissionais da saúde que prestavam atendimento à pessoa HIV positivo e a seu parceiro(a) não HIV. Uma das questões trazidas por essa realidade diz respeito a atuação dos profissionais da saúde na interrupção da cadeia de transmissão do HIV, trabalhando especificamente em estratégias de prevenção, de forma conjunta com os serviços e políticas de saúde.

Os casais sorodiscordantes apresentam aspectos peculiares que os distinguem e justificam um trabalho diferenciado, a qual requer maior

visibilidade frente aos profissionais de saúde, que merece melhor compreensão, visto a gama de desafios impostos, referentes à manutenção da vida afetivossexual e o enfrentamento da prevenção sexual do HIV.¹⁶ Apesar dos importantes avanços obtidos, no que tange ao diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV/aids, a sua prevenção impõe desafios constantes, exige ações educativas efetivas e permanentes, no intuito de evitar e/ou minimizar a vulnerabilidade dos indivíduos à infecção pelo HIV/aids.

Ainda com relação ao não uso do preservativo na relação sexual, os trabalhadores da saúde deixaram bastante evidente, nos seus relatos, a presença de tal comportamento de risco entre o público jovem.

As pessoas, principalmente os jovens, não se cuidavam, não ligavam pra história da camisinha. A gente via por essas meninas, que engravidavam a torto e a direito. Jesus amado, além da aids tinha também as DSTs [...] (AE2).

Pela oportunidade de tratamento e sobrevida dos pacientes com HIV, os jovens se desleixavam, não usavam preservativo. Acho que porque não vivenciaram o início da aids e não tinham a dimensão das perdas com as mortes pela falta de tratamento, toda aquela discriminação [...] (E2).

É notável, a partir dos relatos, o quanto que a aids, por ter sido uma doença nova, devastadora, a qual não se conhecia a sua real forma de transmissão, gerou à população, na época, rejeição, estigma e medo. Ainda assim, a aids, por ter sido uma doença inicialmente vinculada ao homossexualismo e à promiscuidade, a percepção da sociedade, inclusive dos trabalhadores da saúde, como das próprias pessoas HIV positivo e de seus familiares, com relação à doença, foi de discriminação, preconceito e estigma. Tais atitudes constituíram um dos aspectos desafiantes às pessoas com a doença que tiveram que vivenciar diferentes enfrentamento diante do diagnóstico.¹⁷

A omissão do diagnóstico é estendida muitas vezes às próprias famílias, pelo receio de como os familiares irão reagir e encarar a nova situação, como também pelo medo da rejeição e discriminação dos parentes. Desta forma, é marcante na vida das pessoas com HIV/aids, a necessidade constante de ocultar o diagnóstico da infecção à sociedade.¹⁸

Frente a tal situação vivenciada na época, fez-se necessário a busca incessante pelo conhecimento acerca da aids e a desmistificação da doença à população.¹⁹ Conseqüentemente, a forma estig-

matizante como as pessoas com HIV/aids eram rotuladas, apesar de ainda não estarem totalmente resolvidas, pode-se dizer que ao longo da epidemia foram em muito minimizadas.²⁰ Em contrapartida o não receio pela doença e, de certa forma a própria desmistificação da mesma, pôde ter repercutido no exarcebamento da autoconfiança e sentimento de invulnerabilidade pelos jovens à banalização da aids. Pois, apesar da implementação de políticas públicas de saúde, principalmente voltadas à prevenção das DSTs entre o público juvenil, os mesmos, em sua grande maioria não vivenciaram ao drama no início da epidemia, a estigmatização aos infectados e a vivência do preconceito voltado às pessoas com a doença.

A respeito ao sentimento de invulnerabilidade, tal subcategoria também foi apontada pelos trabalhadores da saúde como sendo determinante ao não uso do preservativo, conforme demonstram os depoimentos:

[...] no início, a prevenção era focada aos usuários de drogas injetáveis, prostitutas, homossexuais que, com o trabalho de prevenção cerrado, passaram a se cuidar, a se proteger, e os nossos pacientes mudaram. Um grupo diferente de pessoas, principalmente de mulheres casadas,, começaram a internar no Nereu [...] (M1).

[...] a aids bombou em jovens, idosos, mulheres casadas... porque as pessoas se achavam invulneráveis. Então, foi difícil fazer com que as pessoas entendessem a importância de usar a camisinha em qualquer relação sexual, até mesmo com seu parceiro fixo [...] (TE2).

[...] o negócio era trabalhar com a cabeça das pessoas, e a enfermagem fazia muito bem isso, conscientizavam da importância do uso do preservativo, trabalhavam a concepção machista do homem para usar a camisinha, e da mulher, de exigir do seu parceiro o uso [...] (N1).

Os relatos retratam que os homossexuais e os UDIs, passaram, a partir de um trabalho de conscientização, a adotar medidas preventivas com maior frequência que outros grupos populacionais, como a utilização do preservativo nas relações sexuais, e o não compartilhamento de agulhas contaminadas. Já, os heterossexuais, por se considerarem invulneráveis à transmissão do HIV, expuseram-se a condutas e comportamentos de risco.

O uso do preservativo entre os homossexuais deu-se ao fato da sexualidade entre homossexuais ser, ao contrário da sexualidade heterossexual, menos atada à rigidez dos papéis masculino e feminino, culturalmente definidos nas relações de gênero, o que os tornou mais aptos e receptivos

à adoção de práticas sexuais mais seguras. Em contraste, os heterossexuais tinham de si próprios uma representação de imunidade à infecção e mantiveram, portanto, seus mesmos códigos de conduta sexual que implicava sexo vaginal como a prática prevalente, na qual cada mulher negociava o sexo mais seguro, a partir de sua posição de maior ou menor poder.²¹

Infelizmente, a cultura machista, a subalteridade da mulher nas relações entre os gêneros, decorrentes das construções simbólicas da masculinidade e da feminilidade, o sentimento de invulnerabilidade à transmissão do HIV, assim como a fidelidade até então esperada nos relacionamentos, fez com que as mulheres não exigissem de seus parceiros fixos, o uso do preservativo.²¹ Estas situações se repercutiram na mudança do perfil epidemiológico, uma vez que aumentou o número de casos da transmissão do HIV entre os heterossexuais, sobretudo entre as mulheres casadas.

O aumento assustador da aids, assim como a mudança expressiva no perfil epidemiológico à heterossexualização da doença, do ponto de vista dos trabalhadores da saúde, sujeitos deste estudo, decorreu também ao fato da principal forma de transmissão do HIV ser a sexual e esta, vincular-se ao prazer, paixão, atração física, conforme demonstram os depoimentos:

[...] a epidemia da aids fugiu do controle, porque se transmite através do sexo, que faz parte do ser humano. Então, as pessoas se deixam levar, são controladas, envolvidas pelo relacionamento, pelo envolvimento sexual, e acabam não usando o preservativo [...] (M2).

[...] é complicado controlar uma epidemia, onde a maioria das transmissões ocorre pelo sexo desprotegido e não é por falta de conhecimento, informação [...] (E8).

[...] se o vírus do HIV só fosse transmitido pelo sangue, profissionalmente ou por transfusão, conseguiríamos controlar essa epidemia. Mas quando envolve relacionamento, sexo é difícil controlar, por melhores que sejam as orientações para o uso do preservativo [...] (E3).

A via sexual é a categoria dominante de transmissão do HIV no Brasil, especialmente em mulheres. É notável, a partir dos dados apresentados pelo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde,²² que a infecção pelo HIV vem apresentando mudanças no perfil. Nas primeiras décadas da epidemia, de 1980 à 1997, 45,5% dos casos de aids foram em UDI, 17,1% em homossexuais, 9,7% em bissexuais, e 11,9% em heterossexual. Ao longo dos anos, os dados confirmam esta mudança do perfil, tendo em vista que no ano de 2011, a categoria de exposição entre homens foi distribuída

em heterossexual (26,7%), seguida de homossexual (36,9%), bissexual (11,4%) e UDI (5,5%). Já entre as mulheres neste mesmo ano de 2011, observa-se como categoria de exposição à heterossexual (81,1%), seguida de UDI (3,8%).²²

Em Santa Catarina, a realidade epidemiológica acerca da aids não é diferente. O Estado apresenta como principal categoria de exposição, a heterossexual (61,9%), seguido de UDI (20,9%) e homossexual (9,1%). O primeiro caso em mulheres ocorreu em 1987 e, desde então, o número de casos em mulheres vem crescendo, e a razão de masculinidade vem diminuindo a cada ano, passando da razão de 4,8 em 1987, para 1,6 no ano de 2011. Tais dados retratam a heterossexualização da aids e evidenciam a feminização da epidemia no Brasil e no estado de Santa Catarina.²³ Nesta perspectiva, a tendência da heterossexualização da aids, dá-se primordialmente ao sexo, momento este em que emoções positivas estão muito mais presentes, o que torna difícil vincular a atração física e paixão à ideia de doença e morte.²⁴

O sexo, sobretudo quando imbuído aos sentimentos de amor e paixão, apresentam componentes que os mantêm afastado o risco. Este componente emerge a partir da construção de um sentimento de invulnerabilidade, típico de pessoas apaixonadas, que se sentem de tal maneira plenas, poderosas.²⁵

Perante este cenário, as ações preventivas relacionadas a aids apresentaram-se aos profissionais de saúde como um grande desafio, frente a necessidade de lidar não apenas com a informação, mas com crenças, sentimentos e valores culturais que influenciam o comportamento social e sexual, revelando-se em potenciais de vulnerabilidade diante da epidemia que, apesar de suas transformações ao longo do tempo, mantém-se como um problema de saúde pública preocupante até a atualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, observamos que a prevenção do HIV/aids envolve todo um processo de orientação, politização e esclarecimento, tanto dos profissionais de saúde, como da população acometida e da população em geral. Os profissionais de saúde, como seres únicos que também apresentam posturas, valores e vivências diferenciadas, tentaram, dentro da realidade apresentada, indicar, orientar e efetivar os cuidados de saúde, de acordo com a realidade epidemiológica da época. Observa-se que as percepções dos profissionais

de saúde evidenciaram diversas contradições, tendo em vista que estas circunstâncias lhes eram novas e desconhecidas. Assim, todo o processo de esclarecimento, prevenção e aprendizado acerca desta doença foi lento.

Este estudo evidenciou ainda as ações educativas e de saúde desenvolvidas pelos profissionais que experienciaram o advento da epidemia da aids em seu processo de trabalho. Suas percepções são o produto da experiência adquirida ao longo dos anos, que retratam os desdobramentos da epidemia, destacando-se em especial a disponibilidade dos antirretrovirais, e a mudança de perspectiva da aids de doença letal para doença crônica. Esta nova realidade, reconhecidamente positiva, repercutiu em alguns momentos na banalização da epidemia sentida por estes profissionais, especialmente pelas populações mais jovens que não vivenciaram o drama da aids em seu surgimento, trazendo consequências para a (des)prática de prevenção.

Enfim, o movimento preventivo voltado ao HIV/aids apresentado na perspectiva deste estudo, refere-se à precaução, à prática do sexo seguro e à aderência à terapêutica medicamentosa. Desafios que se estendem tanto aos indivíduos acometidos pela doença como aos serviços de saúde que os atendem. Destaca-se, ainda, as limitações na realização do estudo, que correspondem aos de qualquer processo investigativo, as questões de tempo e do número de participantes. No entanto, a pesquisa apresenta como contribuição que, a partir da história contada e escrita, pode se documentar as fragilidades e potencialidades da atenção em saúde. Neste sentido, a experiência aqui apresentada pode também subsidiar aos profissionais de saúde o desenvolvimento de estratégias educativas e de práticas assistenciais efetivas à promoção de hábitos saudáveis e preventivos ao HIV/aids. No entanto, faz-se importante ressaltar que o êxito no desenvolvimento de estratégias de prevenção depende da colaboração e coparticipação de profissionais e usuários dos serviços de saúde, bem como da gestão e do poder público.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira DC, Oliveira EG, Gomes AMT, Teotônio MC, Wolter RMCP. O Significado do HIV/aids no processo de envelhecimento. Rev Enferm UERJ. 2011 Jul-Set; 19(3):353-8.
2. Souza BMB, Vasconcelos CC, Tenório DM, Lucena MGA, Holanda RLT. A política de aids no Brasil: uma abordagem histórica. J Manag Prim Health Care. 2010; 1(1):23-6.

3. Maliska ICA. A implantação das políticas públicas de saúde em aids no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010 [Tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
4. Padilha MS, Borenstein MS. O método de pesquisa histórica na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2005 Out-Dez; 14(4):575-84.
5. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (PT): Edições 70; 2004.
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
7. Girondi JBR, Backes MTS, Argenta MI, Meirelles BHS, Santos SMA. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. *Rev Eletr Enferm* [online]. 2010 [acesso 2012 Abr 18]; 12(1):20-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a03.pdf>
8. Buchalla CM, Paiva V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Rev Saúde Pública.* 2002 Ago; 36(4):117-9.
9. Camargo BV, Giacomozzi AI, Wachelke JFR, Aguiar A. Relações amorosas, comportamento sexual e vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/aids. *Saúde Soc.* 2010 Dez; 19(supl 2):36-50.
10. Villarinho MV. Evolução das práticas de cuidado dos trabalhadores da saúde às pessoas com HIV/aids, em um hospital referência em doenças infecto contagiosas de Santa Catarina: no período de 1986 a 2006 [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
11. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996: dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília (DF): MS; 1996.
12. Geocze L, Mucci AS, Marco MA, Nogueira-Martins LA, Citero VA. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev Saúde Pública.* 2010 Ago; 44(4):743-9.
13. Ministério da Saúde [página na Internet]. Aids vinte anos: esboço histórico para entender o Programa brasileiro. História do Programa Nacional. Brasília (DF): MS; 2006 [atualizado 2012 Mar 04; acesso 2012 Abr 18]. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>
14. Villarinho MV, Padilha MI, Berartinelli LM, Borenstein MS, Meirelles BH, Andrade SR. Políticas públicas de saúde face a epidemia da aids e a assistência às pessoas com a doença. *Rev Bras Enferm.* 2013 Mar-Abr; 66(2):271-7.
15. Schaurich D, Coelho DF, Motta MGC. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da aids após os anti-retrovirais. *Rev Enferm UERJ.* 2006 Jul-Set; 14(3):455-62.
16. Reis RK, Gir E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/aids. *Rev Esc Enferm USP.* 2010 Set; 44(3):759-65.
17. Maliska ICA, Padilha MIC, Vieira M, Bastiani J. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. *Rev Gaucha Enferm.* 2009 Mar; 30(1):85-91.
18. Vieira M, Padilha MIC, Santos EKA. Histórias de vida - mãe e filho soropositivo para o HIV. *Texto Contexto Enferm.* 2009 Jan-Mar; 18(1):33-40.
19. Oliveira DC, Costa TL, Gomes AMT, Acioli S, Formozo GA, Heringer A, et al. Análise da produção de conhecimento sobre o HIV/aids em resumos de artigos em periódicos brasileiros de enfermagem, no período de 1980 a 2005. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Out-Dez; 15(4):654-62.
20. Monteiro S, Villela WV, Knauth D. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). *Cad Saúde Pública.* 2012 Jan; 28(1):170-6.
21. Rodrigues LSA, Paiva MS, Oliveira JF, Nobrega SM. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/aids: estudo de representações sociais. *Rev Esc Enferm USP.* 2012 Abr; 46(2):349-55.
22. Ministério da Saúde [página na Internet]. Boletim Epidemiológico AIDS/DST, ano IX, n. 01, até semana epidemiológica 26º - junho de 2012. Brasília (DF): MS; 2012 [atualizado 2012 Jun 24; acesso 2012 Ago 28]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_jornalistas_pdf_22172.pdf
23. Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS. 27 anos da epidemia de aids: Uma história de lutas, desafios e avanços. Florianópolis (SC): SES; 2011.
24. Seffner F. Com vírus, sem vírus: afeto, amor, amizade, vida sexual e aids. In: Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D. *Aids: o que ainda há para ser dito?* Santa Maria (RS): ed. UFSM; 2007. p. 29-45.
25. Paiva V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2002 Ago; 6(11):25-38.