

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM**

CLÁUDIA MARIA MESSIAS

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS INSCRITAS NA PRÁTICA DO CUIDADO
DE ENFERMAGEM PRESTADO ÀS ADOLESCENTES
PUÉRPERAS PORTADORAS DO HIV**

**Rio de Janeiro
2007**

CLÁUDIA MARIA MESSIAS

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS INSCRITAS NA PRÁTICA DO CUIDADO
DE ENFERMAGEM PRESTADO ÀS ADOLESCENTES
PUÉRPERAS PORTADORAS DO HIV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como parte do requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na linha de pesquisa: Cuidado em Enfermagem: o cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Enedina Soares

**Rio de Janeiro
2007**

P436 Messias, Cláudia Maria .

As representações sociais inscritas na prática do cuidado de enfermagem prestado às adolescentes puérperas portadoras do HIV / Cláudia Maria Messias. - 2007
72 f.

Orientador: Enedina Soares

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós – Graduação. Mestrado em Enfermagem.

1. Gravidez na adolescência. 2. HIV. 3. Cuidados de enfermagem . 4. Saúde do adolescente. I. Soares, Enedina. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.7367

CLÁUDIA MARIA MESSIAS

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS INSCRITAS NA PRÁTICA DO CUIDADO
DE ENFERMAGEM PRESTADO ÀS ADOLESCENTES PUÉRPERAS PORTADORAS
DO HIV

Prof^ª. Dr^ª. Enedina Soares
Presidente

Prof^ª. Dr^ª Lúcia Helena Garcia Penna
1º Examinador

Prof^ª. Dr^ª. Sônia Regina de Souza
2º Examinador

Prof^º. Dr^º. Octávio Muniz da Costa Vargens
1º Suplente

Prof^ª. Dr^ª. Leila Rangel da Silva
2º Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu esposo Randalfo, minhas filhas Amanda e Nicole, a meu pai José, minha mãe Lídia, aos meus irmãos, em especial a minha irmã Elenice, pelo amor, incentivo e confiança que sempre me dispensaram.

AGRADECIMENTOS

Á Deus que esteve presente em todos os momentos, bons e ruins dessa trajetória.

Aos meus familiares que, com paciência e carinho, souberam aceitar minhas ausências.

Ás minhas filhas, pela tolerância á frustração do tempo que gostariam de usufruir de minha atenção, quando apenas tiveram minha presença física.

Ás adolescentes, fonte de inspiração do nosso trabalho.

Á Profa. Dra. Enequina Soares, orientadora, pelo incentivo, me ensinando os caminhos da pesquisa.

Ás amigas Telma, Claudinéa, Arlete, pela disponibilidade e gentileza com que se dispuseram a me ajudar em todos os momentos.

Aos anônimas informantes, pela oportunidade que me deram de aprender através de suas experiências.

A todos os amigos cujos nomes não foram mencionados, mas que direta ou indiretamente sempre me apoiaram.

RESUMO

O estudo teve como objeto as Representações Sociais (RS) da prática do cuidado de enfermagem prestado às adolescentes puérperas portadoras do HIV. Os objetivos foram identificar a partir das representações sociais o cuidado ofertado pelo enfermeiro e analisar como essas RS se fazem presentes no cuidado proporcionado à adolescente puérpera portadora do HIV. Participaram deste estudo 12 (doze) enfermeiras. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista aberta. Os dados colhidos foram analisados e interpretados nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais proposto por Moscovici (1978) que descreve que toda representação só é apreendida quando há uma relação efetiva entre o sujeito e o objeto. O tratamento dos dados baseou-se no método da análise de conteúdo de Bardin (2004). Os resultados evidenciaram que a investigação da temática teve o significado de discutir preconceitos e estereótipos arraigados e repensar possibilidades de adoção de outros valores apoiando a adolescente na construção de sua autonomia. Emergiram dos resultados 3 (três) categorias denominadas práticas do cuidado, elementos de cognição e habilidades profissionais, que foram subdivididas em 4 (quatro) subcategorias: perspectiva da visão futura; elementos afetivos; apoio familiar e sentimentos positivos e negativos. Com o desvelar das subcategorias se ampliou e possibilitou uma maior discussão dos resultados. Conclui-se que o estudo direcionou sua discussão, e seus resultados, contribuindo para que o profissional enfermeiro possa desenvolver na sua prática do cuidado, uma escuta aberta, trazendo à tona a necessidade de investimentos de qualificação dos profissionais de saúde e em conjunto urge a necessidade que seja retomada a discussão sobre a política relacionada à saúde da mulher adolescente.

Palavras chaves: Adolescente, puérpera, HIV, cuidado , Representações Sociais

ABSTRACT

The study had as object the Social Representations (RS) of the practice of the nursing care given to the puerperal adolescent carrier of the HIV. The objectives were to identify from the social representations the care given by the nurse and analyse how these RS are present in the care provided to the puerpera adolescent carrier of the HIV. Participated of the study 12 (twelve) nurses. The technique used for the data collection was the open interview. The data collected were analysed and interpreted by the presupposed of the Theory of the Social Representations purposed by Moscovici (1978) who describes that every representation is only apprehended when there is an effective relationship between the subject and the object. The data treatment was based on the analysis of content method of Bardin (2004). The results evidenced that the thematic investigation had the significance of discuss prejudices and stereotypes rooted and think again possibilities of adoption of other values, supporting the adolescent in the building of her autonomy. There emerged from the results 3 (three) categories named practices of the care, elements of cognition and professional skills , that were subdivided in 4 (four) subcategories: perspective of the future view; affective elements; familiar support and positive and negative sentiments. With the unveiling of the subcategories it broadened and made possible a greater discussion of the results. It concludes that the study directed its discussion, and its results, contributing to that the professional nurse can develop in his care practice, an open listening, bringing up the need of investments of the health professionals' qualification and together needs that be got back the discussion about the policy related to the health of the adolescent woman.

Key words: Adolescent, puerpera, HIV, care , Social Representations

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
Objeto de estudo	12
Questões norteadoras	12
Objetivos do estudo	15
2. CONCEITOS FUNDAMENTAIS DO ESTUDO	16
A vulnerabilidade da adolescência	20
Gravidez na adolescência e Puerpério	23
O Enfermeiro e a adolescente puérpera portadora do HIV	
A Teoria das Representações Sociais	34
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	38
O Cenário da Pesquisa	38
Universo da Pesquisa	38
Tratamento e Análise de Dados	41
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
5. CONCLUSÃO	60
6. REFERÊNCIAS	64
7. APÊNDICES	70
A. Termo de consentimento livre e esclarecido	70
B. Instrumento de coleta de dados	71
8. ANEXOS	72
Ata do parecer consubstanciado fornecido pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro	72

1. INTRODUÇÃO

Em busca de antecedentes para este estudo, encontra-se a história social da mulher em relação à sua saúde, pois é histórica a desigualdade de poder entre homens e mulheres, resultando num forte impacto sobre as condições de saúde da população feminina.

A mulher ainda é vista na sociedade brasileira como subordinada às situações de gênero, trazendo à tona, determinantes das principais obrigações femininas, e dentre estas, a maternidade, a manutenção da saúde e a educação da prole. O conceito mais aceito e exposto sobre a saúde da mulher aborda somente aspectos da biologia e da anatomia do corpo feminino, e com base nisso, a saúde da mulher se restringe apenas à saúde materna ou ausência de doenças associadas à reprodução humana. (ZAMPIERI, 2005)

Mediante a concepção sobre o que é a saúde da mulher, conceberam-se políticas para proteger sua saúde e preservar sua função social. Após anos de lutas e movimentos sociais, implantou-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 80, determinando um atendimento único e integral às mulheres em todo o seu ciclo de vida. O progresso e a ampliação da assistência à mulher se tornou evidente, porém ainda persistem lacunas nesse atendimento, como no caso das adolescentes, negras e indígenas. (FERNANDES; NACHI, 2007).

O despertar do nosso interesse pelo cuidado prestado à adolescente teve início na década de 90, quando surgiram os primeiros trabalhos sobre essa temática e em cuja leitura se depreendeu que as adolescentes estavam expostas a riscos físicos e à exclusão social.

No início do século XX, com o incremento de teorias das Ciências Humanas, a visão biopsicossocial da adolescência ganhou força, ampliando-se, assim, os conhecimentos científicos nessa área de estudos. (COSTA, 2000)

Entretanto, é necessário apontar que as expectativas sociais em relação à adolescência alteram os conceitos e pensamentos sociais ao longo do tempo já que em dado momento, foi tido como aceitável e natural que a adolescência seria considerada a etapa ideal para que a mulher tivesse filhos.

Em séculos anteriores, a gravidez em adolescentes era ainda considerada um acontecimento habitual para os padrões culturais e para os costumes vigentes. Atualmente, a gravidez no extremo inferior da vida reprodutiva, tem sido objeto de preocupação e

problematização para os profissionais de saúde, atentos às repercussões da gravidez neste período da vida. (COSTA, SOUZA, 2002)

O aumento do interesse em realizar um estudo com base no cuidado prestado pelos enfermeiros a adolescentes se concretizou após os resultados da monografia defendida ao término da pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem Obstétrica na Universidade do Rio de Janeiro (UERJ), no ano de 2001, denominada “*O atendimento prestado a um grupo de adolescentes grávidas realizado em uma Maternidade Pública da cidade do Rio de Janeiro*” (MESSIAS, 2001), cujos resultados evidenciaram a necessidade de mudanças no cuidar da adolescente, na tentativa de manter sua individualidade, considerando as estruturas físicas da instituição pesquisada, confirmando que a adolescência é um período de ambivalências, contradições e inseguranças.

Atualmente, além de um discurso jurídico, cultural e biológico com relação ao adolescente, há, também, abordagens da Psicologia, da Psicanálise, da Antropologia e da Sociologia. Essas disciplinas podem se aproximar da realidade dos adolescentes, a partir de sua eficácia na prática através de leis específicas, garantidas através de direitos e indicação de programas de saúde e de educação, visando, desta forma, a promover chances de eles se desenvolverem pessoal e culturalmente na sociedade em que vivem (COSTA, 2000).

Durante o ano de 1998, mais de 5,8 milhões de pessoas foram contaminadas pelo HIV no mundo, o que corresponde a um aumento de 10% em relação ao número de casos globais. A metade de novos casos está ocorrendo entre jovens de 15 a 24 anos. Devido aos avanços no campo da ciência, o número de mortes tem diminuído nos países desenvolvidos (América do Norte e Europa Ocidental), porém, a incidência da doença se mantém estável (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Observamos que a partir desses cenários, o HIV tornou-se mais do que um problema de saúde pública, caracterizando-se como um problema sociodemográfico assumindo dimensões mundiais. Pois, no período do aparecimento da doença tivemos como um fator complicador do conhecimento sobre o HIV, a maneira como foi realizada a divulgação, contribuindo para que as primeiras medidas preconizadas para o seu enfrentamento fossem baseadas somente em prescrições médicas direcionadas aos aspectos biológicos, que visavam o controle de uma nova enfermidade. Dessa forma, pode-se constatar que o caminho estabelecido interrompeu a construção do processo assistencial ao portador do HIV, não estabelecendo uma abordagem individual aos portadores do vírus.

Parker (1999) afirma que todas as doenças têm dimensões sociais, éticas e políticas, existindo assim, uma longa tradição ao associar a doença com questões morais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) chama a atenção para essa questão e relata que a exclusão de pessoas contaminadas pelo HIV é inconcebível mesmo em termos de saúde pública e pode acarretar sérios prejuízos aos esforços educacionais com relação à prevenção da propagação da doença, além do fato de que as medidas discriminatórias somente geram problemas e sofrimento humano desnecessário (OMS, 1998).

Vê-se que, apesar do grande número de pesquisas sobre o cuidado prestado a clientes portadores do HIV/AIDS, este é um assunto de discussão inesgotável e polêmica, na tentativa de dar novo significado ao ato de cuidar de mulheres, em especial das adolescentes portadoras do HIV.

Considerando que as representações e práticas estabelecem uma relação estreita de ligação, determinando comportamentos e atitudes específicas diante do problema, entende-se que o sentido dado pelo adolescente, enquanto grupo, ao HIV pode determinar posturas de maior ou menor autocuidado na saúde ou adesão às práticas, influenciando, com isso, seus cuidadores. (THIENGO, 2005)

Acrescente-se que, atualmente, tem sido freqüente introduzir “marcas” nesse campo indiferenciado, denominado adolescente grávida portadora do HIV, a fim de salientar que esse grupo etário compreende experiências sociais muito diversificadas, existindo muitas barreiras e preconceitos, o que situa a adolescente, muitas vezes, numa chamada “terra de ninguém” (HEIBORN et al, 1998).

À propósito, a escolha do objeto de estudo *As representações sociais da prática do cuidado de enfermagem prestado às adolescentes puérperas portadoras do HIV* teve início com a nossa observação do cotidiano dos enfermeiros ocorrido no final do ano de 1999, quando surgiram situações envolvendo a interação de enfermeiros com adolescentes internadas na maternidade de nossa atuação, onde se evidenciaram sentimentos e práticas diferenciadas, práticas exemplificadas com o cuidado prestado com “pressa”, sem orientações específicas direcionadas à adolescente, aliado a conversas paralelas com outros profissionais durante o cuidado, sem proporcionar a privacidade, enfim, um cuidado distante da prática de enfermagem requerida quando do atendimento prestado.

Esses comportamentos, expressados verbalmente ou não, às vezes, por meio de mecanismo de defesa, como “má vontade” em estar em contato com as adolescentes puérperas HIV, foi aumentando nossa inquietação, pois essas ações emergiam naturalmente da nossa prática.

Acrescenta-se que foi observado também no cuidado diário prestado à adolescente portadora do HIV no puerpério na unidade de referência do estudo, que o enfermeiro

direcionava o cuidado somente às especificidades biológicas e patológicas da adolescente e seu bebê, não levando à adolescente a uma construção de alternativas individuais e coletivas de proteção e cuidado com sua saúde.

Durante a assistência de enfermagem prestada às adolescentes internadas, foi possível conhecer um pouco de suas histórias e testemunhar que sua presença na maternidade foi planejada para ter um bebê e não para ter uma “doença desse tipo”.

Cabe destacar que a estrutura atual dos serviços de saúde proporciona às pessoas portadoras do HIV uma assistência fragmentada, pela inexistência de leitos nos hospitais de referência, fazendo com que os portadores sejam atendidos nos hospitais de Emergência, que se caracterizam pela disponibilidade de atendimento.

Na relação que se estabelece entre a maternidade e o HIV, Parker (1999) descreve que o atendimento à maternidade soropositiva no Brasil é caracterizado pela baixa qualidade, pela falta de afetividade e de segurança dos procedimentos e pela violência institucional, o que coloca as gestantes portadoras do HIV como um grupo especialmente vulnerável.

Essa lacuna no atendimento traz, como consequência, dificuldades de acolhimento às necessidades específicas das mulheres gestantes HIV, nas maternidades brasileiras. (BRASIL,2005)

Foram essas as situações vivenciadas, nas quais o cuidado foi manifestado explícita e implicitamente pelos profissionais na maternidade de nossa atuação, evidenciadas com a diminuição da interação, assumida pelos membros da equipe de saúde, em especial, os enfermeiros designados para prestarem cuidados a essas adolescentes, com comportamentos que se mostravam, por vezes, incoerentes e incompreensíveis. Vimos a necessidade de buscar para tais questões alguma fundamentação científica, política e histórico-social.

É verdade que muitos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, diante da impotência da irreversibilidade do quadro do HIV, têm apontado nos próprios pacientes a causa de suas dificuldades em estabelecer alguma interação cliente-profissional.

Acreditamos que a fragmentação do saber, caracterizada pelas várias especialidades técnicas, leva à dificuldade em enxergar a pessoa como um todo, diversificando os comportamentos dos profissionais de saúde na abordagem ao cliente com HIV.

Acreditamos que as diversidades de estratégias observadas são determinadas por características individuais dos profissionais, e não por uma adequação às necessidades do momento, somando-se ao não - aproveitamento do profissional, condizente com o que o cliente traz, do seu âmbito familiar e individual. Entendo que todos esses fatores representam conteúdos a mais que se imprimem nas contingências do cuidado.

As jovens grávidas enfrentam uma tripla crise, referindo-se à crise da adolescência e à da gravidez em que, simultaneamente, não têm apenas que lidar com desafios próprios, como também com os estressores inerentes à gravidez e tarefas que a maternidade impõe, à medida que se aproxima o momento do nascimento. Acrescente-se a esse contexto a contaminação pelo vírus HIV, aumentando a probabilidade de o resultado final se revelar francamente quando de sua adaptação em ser adolescente, e enfrentar três situações consideradas de crise: da adolescência, da gravidez e da positividade para o HIV que, por sua vez, culminam com o desencadeamento de tarefas através de ações diferentes e até antagônicas na sua essência (CARNEY,2003).

Durante a primeira década da epidemia, o discurso preventivo veiculado pelas campanhas e programas educativos para controle do HIV era pautado em informações básicas sobre formas de transmissão e prevenção do HIV. Essas informações eram disseminadas dentro de uma visão fatalista, normativa e discriminatória (MONTEIRO,1999).

As doenças sexualmente transmissíveis e a infecção pelo HIV se apresentam somente como questões patológicas, não como questões complexas que exercem particular impacto na vida de qualquer indivíduo e, com maior relevância, no período da adolescência. Segundo Figueiredo (2000), o suporte ao paciente com HIV ainda sofre as conseqüências do despreparo, desorientação e das conseqüências afetivas que envolvem o tratamento psicossocial da doença.

Nesse emaranhado de informações e até de sentimentos, encontramos todo um sistema de representações que serve para estabelecer e manter relações assimétricas, envolvendo profissionais de saúde e pessoas que depositam neles, confiança e esperança de ter suas vidas prolongadas e sua saúde tanto biológica como social e emocional restabelecida.

Para os profissionais, em especial os enfermeiros, abrem-se possibilidades para evoluir mediante trocas de experiências a respeito da sua prática, através de pensamentos e sentimentos que envolvem o cuidar da adolescente e o conhecimento a respeito dessa doença, mitificada e mistificada, dando a oportunidade de desvelar conceitos que precisam ser compreendidos para serem posteriormente integrados efetivamente.

Não se permitiu, ainda, à adolescente revelar questões psicossociais e culturais e suas circunstâncias de ser, viver e sentir a adolescência somada a gravidez e a soropositividade para o HIV. Isso nos transportou a uma inquietude a respeito de como ocorre essa prática e as dificuldades que fazem parte desse cuidar.

O cuidar da adolescente puérpera diante desse processo exige do enfermeiro sensibilidade para captar as necessidades vivenciadas e conhecimentos sobre o cuidado, um

cuidado prestado de forma ontológica¹ ao desenvolver o processo de cuidar. (MACHADO, 2004).

Levando em o que foi problematizado ao longo da elaboração deste estudo e as experiências vividas durante a trajetória profissional com relação ao cuidado prestado a adolescente puérpera portadora do HIV na maternidade, há necessidade de buscar e conhecer como os enfermeiros apreendem as representações do cuidado prestado à adolescente portadora do HIV no puerpério.

Refletindo sobre essas considerações, algumas questões norteadoras emergiram:

- As representações sociais que os Enfermeiros apresentam em relação às adolescentes puérperas HIV positivas influenciam no processo de cuidar de enfermagem ?
- A prática do cuidado de enfermagem se modifica, quando da relação do enfermeiro com a adolescente puérpera portadora do HIV?

A partir das questões norteadoras, delineamos como objetivos deste estudo:

1. Identificar, a partir das Representações Sociais, o cuidado ofertado pelo enfermeiro à adolescente puérpera portadora do HIV .
2. Analisar como as representações sociais acerca das adolescentes puérperas portadoras do HIV se fazem presentes no cuidado proporcionado.

Com base nesses objetivos a fim de facilitar a compreensão da abordagem que viremos a utilizar, apresento abaixo o entendimento acerca dos aspectos que são fundamentais para o estudo.

¹Ligado à ontologia, que trata do “ser enquanto ser” (ARANHA & MARTINS, 1998)

2. CONCEITOS FUNDAMENTAIS DO ESTUDO

A vulnerabilidade da adolescência

Originada do latim *adolescere*, que significa crescer, mudar, a adolescência é uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano, não podendo ser considerada meramente uma etapa da transição entre a infância e a idade adulta, pois é nesta fase que culmina todo o processo da maturação biopsicossocial do indivíduo, que se expressa de acordo com circunstâncias de ordem geográfica, temporal e sociodemográfica.

Os estudos dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais do adolescente não devem ser segmentados. Eles são indissociáveis, e é o conjunto de características que dá unidade ao fenômeno da adolescência. (BRASIL,1989)

Fernandes descreve a adolescência como o crescimento físico que é acompanhada pela maturação sexual, além do aumento da capacidade de abstração e formulação de pensamento crítico com a incorporação de novos valores éticos e morais, maior senso de independência emocional e de autoconhecimento. Nessa fase da vida, a sexualidade adquire dimensão especial, de maneira que novos comportamentos e atitudes são incorporados e padrões sociais e sexuais sofrem influência das relações de gênero, culturais e sociais.(FERNANDES ; NARCHI,2007)

Antes de uma caracterização cronológica, incluindo, nesse processo, aspectos cognitivos e afetivos, a adolescência nos remete aos aspectos biológicos (caracteres da puberdade) e jurídicos.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), referência legal dos direitos dos jovens menores, tem como meta direcionar as ações intersetoriais de promoção de saúde, voltadas para o cuidado. No Brasil adota a classificação da faixa etária para a adolescência o período que vai de 12 a 18 anos.(BRASIL,1990)

É importante destacar a Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, que tem como prioridade apontar os deveres da sociedade civil para com os adolescentes, buscando garantir os seus direitos e deveres, na tentativa de promover, assim, o seu desenvolvimento físico, social e

psíquico.

O artigo 5º estabelece que nenhum adolescente pode ser objeto de discriminação, negligência, exploração, violência, crueldade e opressão. No artigo 7º, do CAPÍTULO – DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE destaca-se: “a criança e o adolescente possuem o direito à proteção, à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. (BRASIL, 1990).

Dessa forma, expectativas, características e dificuldades que fazem parte da dinâmica da vida dos adolescentes, devem ser conhecidas para construção do quadro de medidas e providências importantes ao seu crescimento subjetivo, físico e social. (COSTA *et al*,2002)

Por todas as peculiaridades que fazem parte da adolescência, não é raro encontrarmos profissionais de saúde que relutem em assistir as adolescentes. O profissional que presta qualquer tipo de assistência, direta ou indiretamente, deve ter sempre em mente que a adolescência sofre influências diretas da enorme multiplicidade de fatores existentes. Guzman *et al* (2000, p.5) atestam que “é necessário somar às variáveis pessoais, o que faz de cada adolescente um ser único, como são, aliás, todos os seres humanos. As generalizações sobre as necessidades ou sobre as condutas dos adolescentes devem ser vistas com restrições, pois não há atributos absolutos para a adolescência”.

Apesar dos objetivos e estratégias do Programa Integral a Saúde do Adolescente (PROSAD) do Ministério da Saúde, a questão da sexualidade do adolescente continua sendo pouco debatida pela sociedade, levando à situações de impasse, como gravidez precoce e doenças de transmissão sexual.(BRASIL,1998)

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo políticas de atenção ao adolescente por meio de um trabalho intersetorial vinculado à saúde da mulher, o qual tem como objetivo orientar as adolescentes segundo os parâmetros dos direitos sexuais e reprodutivos (FERNANDES ; NARCHI, 2007).

Dada a amplitude das questões relacionadas à vida e a saúde dos adolescentes, não é possível restringir a atuação profissional de enfermeiros apenas aos cuidados clínico-educativos individuais. A base de apoio social às vivências de adolescentes requer, assim, medidas promocionais de saúde internas/externas e em articulação com o setor de saúde, englobando diversas medidas práticas multiprofissionais.

Dessa forma, configura-se nossa construção a respeito das necessidades gerais que as adolescentes apresentam as quais devem ser respeitadas durante a ação do cuidar/cuidado.

O contexto em que as adolescentes estão inseridas, tanto psicossocial quanto cultural, constitui fatores de relevância para melhor compreender e orientar quanto à presença de gravidez neste período. Vemos que as alterações políticas, sociais e econômicas fizeram com que mulheres modificassem sua função dentro da família, tornando-se, assim, mantenedoras, o que gerou uma modificação evidente em sua sexualidade.

Tais alterações geraram assim, transformações nas formas mais ou menos institucionalizadas dos relacionamentos dentro da sociedade, como o modelo “ficar”, que substituiu, em parte, o padrão namorar/casar, e redefiniu comportamentos, principalmente no grupo adolescente, aumentando assim a vulnerabilidade para a gravidez e DST/HIV.(HEIBORN et al,1998).

Acreditamos que tais acontecimentos vêm contribuindo para tornar os adolescentes um grupo que, nos últimos anos, apresenta grande vulnerabilidade no que diz respeito ao fato de que um indivíduo pode ser acometido por algo em relação à exposição a situações de riscos físicos, emocionais e sociais, ao considerar que a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é uma importante forma de expressão deste estado.

A vulnerabilidade é uma conseqüência que articula diferentes dimensões da vida humana (sociocultural, institucional e comportamental), e considerá-las no cuidado a adolescentes requer atenção. (FERNANDES; NARCHI,2007)

Pensando na ocorrência do aumento da vulnerabilidade na adolescência, vemos como pano de fundo um sistema econômico instável que prevalece nos países em desenvolvimento, fortalecendo-se com a desestruturação dos serviços públicos de saúde e de educação

Definido como relevante problema social e de saúde pública – a gravidez na adolescência preocupa técnicos e governantes, tanto em países desenvolvidos, quanto naqueles considerados em desenvolvimento, pois a soroprevalência em maternidade mostra números preocupantes, tendo como uma estimativa de identificação de um número próximo a cinco mil para novas grávidas soropositivas por ano no Brasil .(PARKER,1999).

Um segundo questionamento se refere ao fato da gravidez precoce estar associada a repercussões psicossociais, fisiológicas e econômicas, negativas na vida da adolescente e de sua família. A gravidez na adolescência como já vimos, freqüentemente ocorre de forma inesperada, não planejada e indesejada. Surge na fase inicial da experiência sexual das jovens, que, em sua maioria, não utilizam quaisquer tipos de proteção anticoncepcional e contra doenças sexualmente transmissíveis. (ZAMPIERI,2005)

Alguns autores como Heilborn (1998) definem que tais fatos apresentam variáveis que, apontando em várias direções, fazem com que a adolescente grávida se distancie do bem-

estar social, de saúde, educação sexual, acesso à informação, educação, trabalho, escolha saudável, vivência da sexualidade com responsabilidade e desenvolvimento pessoal (HEIBORN et al.1998).

Um dos questionamentos desse problema social e de saúde pública é direcionado à experiência de ser mãe-adolescente “fora de hora”. Dentre os variados fatores que colaboram para que ocorra este fenômeno em um grande número de adolescentes, destaca-se a falta de objetivos encontrada nestas jovens de classe social mais baixa, na sua maioria, que acabam vislumbrando em um filho a chance de ter um projeto de vida, além de encontrarem a oportunidade de constituir uma família, uma identidade, uma vez que conseguem, algumas vezes através deste meio, inserir-se na vida profissional.(FERNANDES ; NARCHI,2007)

Esse problema social é demonstrado pelo censo de 2000, o que denota o aumento de fecundidade no grupo de 15 a 19 anos, cujas estimativas evidenciam que em cada grupo de 1000 adolescentes, 90 tinham filho. Ao estabelecer um paralelo com os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, identificou – se que 14% dessas adolescentes tinham iniciado sua vida reprodutiva precocemente (IBGE, 2000).

Com o crescente aumento de gestantes soropositivas agravado pela vulnerabilidade evidenciada na adolescência de gravidez juntamente com DSTHIV, o Ministério da Saúde, em meados dos anos 90 priorizou o controle da transmissão vertical do HIV, uma vez que o maior risco dessa transmissão está presente durante o parto e no período do puerpério com a amamentação.(FERNANDES ; NARCHI, 2007)

A vulnerabilidade desses adolescentes é resultante de fatores que, muitas vezes, estão distantes de sua escolha e possibilidade de controle em sua maioria. A vulnerabilidade e os problemas não afetam todos os adolescentes do mesmo modo, como nem todos buscam as mesmas soluções. E com isso, julgamos imperativo a realização de um trabalho eficaz com as adolescentes, e compete ao enfermeiros além de se aproximar da multiplicidade de vidas adolescentes, dialogar com elas, aceitando cada adolescente com suas percepções, sentimentos, expressões e escolhas.

. Constatamos nosso despreparado e incapacidade para essa proposta, pois em nossa formação de enfermeiros ainda são valorizadas as ações e as doenças e não os grupos populacionais.

Entendemos que desta forma, a saúde da adolescente neste período, deva ser colocada como prioritária enquanto objeto de intervenção dos serviços de saúde. Acreditamos que esses fatores e processos devem ser investigados e conhecidos pelo enfermeiro para que a atenção às adolescentes possa ser planejada e adequadamente desenvolvida.

Gravidez e puerpério na adolescência

Sabe-se que a maternidade tem um forte significado para a mulher e isso não se modifica para a mulher adolescente. Apesar de ser uma experiência individual, vivida de forma única e diversa pelas mulheres, a gravidez é também um evento social, pois envolve o coletivo, mobilizando a atenção do meio em que a mulher está inserida e, de uma forma mais ampla, o sistema social.(ZAMPIERI,2005)

Do ponto de vista sociocultural, a gravidez é um estado intermediário entre o *status* de ser mulher e o de ser mãe.(TEDESCO,1997)

A questão da gravidez na adolescência vem ganhando espaço como um dos grandes desafios da atualidade. No que se refere à fecundidade na adolescência, no Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, as estatísticas demonstraram que foram realizados pelo SUS mais de 600.000 partos em adolescentes com idades variando entre 10 e 18 anos incompletos (COSTA,2002)

Tanto a adolescência quanto a gestação são eventos de grande significância a experiência de vida feminina, haja vista que culminam em importantes transformações orgânicas e psicossociais para a mulher adolescente.

Quando a gestação é somada à adolescência a sua etiologia, pode ser acompanhada por dificuldades, pois sua origem é multicausal podendo estar relacionada a fatores biológicos, familiares, sociais, psicológicos.

O impacto na qualidade de vida da adolescente pode estar relacionado ao abandono dos estudos, levando ao baixo grau de escolaridade e dificultando o acesso ao mercado de trabalho.

Esta problemática nos leva a considerar esse impacto como fator de entrada para o ciclo da pobreza ou manutenção dessa condição, lembrando ainda, a interrupção do processo normal de desenvolvimento psicoafetivo e social, adiamento dos projetos de vida, relacionamentos maritais conflituosos, agravados pela falta de apoio ou abandono do parceiro. (COSTA, 2002)

Certamente, vemos que uma abordagem de caráter menos coercitivo possibilita formular estratégias de intervenção mais adequada às necessidades enfrentadas pelas adolescentes sem pré-conceituar a maternidade nessa fase, como pura e simplesmente negativa.

Vemos como proposta de enfrentamento social da gravidez na adolescência, levar em consideração que o exercício da sexualidade neste período da vida humana é natural, não esquecendo que a relação sexual como prática da sexualidade entre os adolescentes vem sendo também influenciada por fatores criados pela própria sociedade.

A partir disso, com o término do processo gestatório, a adolescente caminha para um novo e importante momento dentro do ciclo gravídico: o pós-parto ou puerpério, período cronologicamente variável do ciclo gravídico-puerperal, em que ocorre a involução das modificações locais e sistêmicas, decorrentes da gestação e recuperação do parto.(ZIEGUEL, *et.al.*1985)

Trata-se de um período bastante vulnerável, caracterizado pelo aumento de acometimentos, pois ocorrem intensas mudanças intra e interpessoais, biológicas, psicológicas e sociodemográficas. É um período de transição e adaptação pessoal e familiar .

Os primeiros dias de puerpério são cercados de grandes transformações e emoções, que podem deixar a puérpera sensível, debilitada e confusa. A sociedade impõe determinadas condutas de comportamento à mulher, a partir de modelos pré-concebidos e culturalmente construídos, idealizando o exercer da maternidade.(ZAMPIERI *et col.*2005)

As transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher á situação não - gravídica, ocorrem não somente nos aspectos endócrino e genital, mas em seu todo. A mulher, neste momento, como em todos os outros , deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico(BRASIL,2001)

Os cuidados de enfermagem estão relacionados aos ajustes fisiológicos e psicológicos da mulher ao período pós-parto, lembrando que as diferenças culturais entre as mulheres e suas famílias devem ser respeitadas, visando prestar um cuidado voltado às necessidades de cada puérpera. No período pós-parto, o cuidado de enfermagem oferece a oportunidade de restabelecimento, tendo por meta as estratégias de enfrentamento e adaptação à maternidade, através da rede de suporte profissional, em que muitas informações são importantes e necessitam ser passadas em um curto prazo durante a internação (OLIVEIRA,2005).

Cuidar, do latim *Cogitare*, denota primeiramente uma ação de imaginar, pensar, refletir. Ao cuidar do outro, passa-se a respeitá-lo e a vê-lo na sua individualidade, sendo imprescindível o conhecimento acerca dos princípios que propiciam uma nova razão, seja instrumental, emocional e espiritual.

Ampliando o significado do cuidar, as posturas necessitam ser redefinidas, atualizadas, re-significadas. Implica mudanças. Estas mudanças representam uma evolução e,

para a enfermagem, é o encontro da plenitude do fazer, do saber e do ser. (WALDOW, 2004)

A vivência no puerpério, da transição ao papel materno, exige a operacionalização do cuidado humano, o qual auxilia a mulher a se movimentar dentro da transição com maior autonomia e desprendimento para captar, enfrentar e adaptar-se ao novo papel, sendo o alcance da transição quando ocorre a adaptação. (ZIEGUEL *et al*, 1985)

A recuperação puerperal será facilitada com a aproximação precoce da mãe e filho, reforçando a importância dos cuidados maternos, favorecendo melhores condições, evitando intercorrências relacionadas com o risco de aparecimentos de episódios depressivos no puerpério. (TEDESCO,1998)

Observamos que a sociedade impõe determinadas condutas de comportamento à mulher, a partir de modelos pré-concebidos e culturalmente construídos, idealizando uma maneira de exercer a maternidade. Verificamos que a partir da construção de um comportamento social, os enfermeiros participantes desse meio terão influências em suas ações para determinar o cuidado prestado no puerpério à adolescente portadora do HIV.

Para Heidegger (1969), o cuidado é a essência do ser humano. O ser humano existe no mundo, através do cuidado. Ele inclui uma dimensão ontológica – é um modo de ser; sem ele, deixa-se de ser humano. O ser humano é um ser que deve cuidar de si e dos outros.

O processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado. É um processo interativo entre cuidador e o ser cuidado (WALDOW,2006).

Infelizmente, o ser humano, durante a sua existência, apresenta ambigüidades em relação às suas práticas tanto para o cuidado como para a falta de cuidado. (WALDOW,1999)

Salientamos que o cuidado, como tudo o que tem vida, nos traz o refletir sobre todos os nossos atos. Devemos, portanto, cuidar dos deveres e das conseqüências dos atos.

Os profissionais de saúde que prestam assistência no período do puerpério devem considerar as significativas modificações emocionais que ocorrem com todas as puérperas , não sendo diferente com relação às adolescentes em que, além dos conflitos próprios dessa fase, passam a assumir o papel de mãe com todas as implicações pessoais e sociais do período (SERAFIM,1991).

A adolescente puérpera necessita ainda do cuidado educativo, a fim de lhe propiciar meios para desenvolver a responsabilidade no enfrentamento do papel materno, o qual é obtido através da discussão concreta da realidade e dos problemas por ela vivenciados, o que vai delineando a forma da atuação da enfermeira, que envolve técnicas para a execução de procedimentos como a “medicalização” além de outras, cuja habilidade e competência exigem uma compreensão da relação com o outro, o cuidar (WALDOW,1999).

Os elementos do cuidado como respeito, aceitação, diálogo, demonstração de importância, esclarecimentos, meditação, amor e demais itens que fazem parte da essência do cuidado, fazem com que a enfermagem se aproprie destes, acumulando meios para prover o cuidar nos diferentes momentos do cuidado.

Em outras palavras, a enfermeira deve planejar o cuidar não apenas com base em seus conhecimentos profissionais, mas também fundamentado na realidade de cada adolescente enquanto um ser humano único no mundo, repleto de particularidades.

O enfermeiro e a adolescente puérpera soropositiva

O aparecimento do HIV/AIDS, primeira doença cujas histórias médica e social foram desenvolvidas concomitantemente, no início dos anos 80 aliado à ausência de referências médicas, favoreceu uma desqualificação social da doença. (HERZILICH in JODELET,2001)

Antes que a pesquisa biológica trouxesse alguns esclarecimentos sobre a natureza do HIV, as pessoas elaboraram teorias apoiadas nos dados de que dispunham, relativos aos portadores (drogados, homossexuais, receptores de transfusão).

Houve a eclosão de duas concepções: uma de tipo moral e social, outra do tipo biológico, com a influência evidente de cada uma delas sobre os comportamentos, nas relações íntimas ou para com as pessoas afetadas.

Quando se fala em HIV, não é possível desvinculá-lo da realidade social e cultural já que, atualmente, não se pode aceitar esta doença somente do ponto de vista físico. É preciso que tenhamos clara a associação do HIV com as grandes epidemias incuráveis da história, e estas aos grupos marginalizados, que historicamente, ainda têm sido vistos, como potenciais ameaças.

As epidemias incuráveis, que representam uma crise potencial para um grande número de pessoas, têm sido ligadas, historicamente, a grupos estranhos, cuja sexualidade é aberrante e cujos rituais são misteriosos. (JOFFE, 1995, p.299)

No Brasil, o HIV foi identificado pela primeira vez em 1982, na região sudeste, e considerando, entretanto, o período de latência da infecção, pode-se deduzir que a entrada do vírus no país tenha ocorrido na década de 70.

A sua difusão, na primeira metade da década de 80, ocorreu, primeiramente, entre as áreas metropolitanas, especificamente, Rio de Janeiro e São Paulo, disseminando-se em

seguida para as diversas microrregiões do país. (BRASIL, 1998).

O HIV foi inicialmente encarado como doença “dos outros”. Neste início, aos olhos de alguns líderes mundiais (África e Ásia), o HIV era resultante da fraqueza dos vínculos familiares, dos valores sociais liberais e da degradação moral. Esse fenômeno, é descrito como a epidemia mais explosiva e repleta de respostas sociais, culturais e econômicas, caracterizada pelos níveis excepcionalmente altos de estigma, discriminação e, por vezes, repulsa coletiva associada ao HIV, nascendo da poderosa combinação da vergonha com o medo. As pessoas com HIV têm sido, até os dias atuais, freqüentemente vistas como merecedoras do que lhes aconteceu, ou seja, o que lhes ocorreu é consequência de terem praticado uma má ação. (PARKER,2003)

Essas “más ações” estão, geralmente, associadas ao sexo ou aos comportamentos socialmente desaprovados, como a utilização de drogas injetáveis. Os homens que são infectados passam a ser vistos como homossexuais, bissexuais ou freqüentadores da prostituição. Mulheres infectadas passam a ser vistas também como ”promíscuas “ou terem praticado sexo profissionalmente.

Ressaltando a existência da auto-estigmatização, a vergonha que sentem as pessoas infectadas quando interiorizam as atitudes e reações negativas dos outros, também se torna evidente. (ONUSIDA,2002)

Em parte, nossa incapacidade coletiva para confrontar a estigmatização em relação ao HIV está ligada à relativa limitação de instrumentos teóricos e metodológicos disponíveis. (PARKER,1999).

As discussões ligadas ao estigma, especialmente relacionado ao HIV são definidas como um “atributo que é desacreditado de forma significativa”, e que, aos olhos da sociedade, serve para diminuir a pessoa que sofre com ele. É a ênfase que Parker (2003) dá ao estigma, como sendo um “atributo de descrédito” como uma característica ou perfil relativamente estático, embora seja construído culturalmente. O estigma é estrategicamente estendido para servir aos interesses do poder e da dominação, que ao ser estendido, produz e reproduz relações e desigualdades sociais.

A natureza do estigma é concebida dessa forma, como um processo social, e, pelo menos, quatro dimensões importantes do estigma e da estigmatização devem ser enfocados, uma vez que o estigma só pode ser compreendido através da referência aos contextos sociais nos quais ele ocorre, já que é um fenômeno histórico, construído através da ação humana, estrategicamente estendido para servir aos interesses e à dominação. (GOFFMAN,2004).

Concordamos com Barbosa (2001) quando afirma que aquele que não reproduz um

saber armazenado na ciência, mas o re-elabora, não segundo a sua própria conveniência mas de acordo com seus meios e materiais disponíveis, permite haver um entendimento de como os indivíduos percebem o seu mundo e como nele inserem suas perspectivas de vida.

Ao dispor sobre a cultura, o poder e a diferença como pontos centrais do estigma, torna-se necessário compreender primeiro de que forma esses processos sociais funcionam e operam.

Estigma é, então, na realidade, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo. São mencionados três tipos de estigma nitidamente diferentes. Em primeiro lugar, existem as abominações do corpo, em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, crenças falsas e rígidas, dentre outros, e finalmente, os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através da linhagem e contaminar por igual todos os membros de toda uma família (GOFFMAN, 2002).

Tendemos a inferir uma série de imperfeições a partir da imperfeição original e, ao mesmo tempo, imputar ao interessado alguns atributos desejáveis, mas não desejados (GOFFMAN, 2004).

Todos nós construímos uma idéia em torno do HIV, posto que direta ou indiretamente somos afetados por esse fenômeno, tanto social quanto profissionalmente, pois os grupos são encarados de maneira estática, não na medida em que criam e se comunicam, mas como utilizam e selecionam uma informação que circula na sociedade. Em contrapartida, as representações sociais são conjuntos dinâmicos, seu *status* é o de uma reprodução de comportamentos e de relações com o meio ambiente, uma ação que modifica aqueles e estas, e não de uma reprodução desses comportamentos ou dessas relações, de uma reação a um dado estímulo exterior.

Muitas barreiras são interpostas ao atendimento ao paciente. No ambiente direto, o estigma é uma primeira barreira aliada a outras como o medo, ansiedade e à falta de informações. Mesmo tendo sido observadas mudanças favoráveis nos comportamentos de profissionais de saúde no decorrer da epidemia de HIV, o estigma ao paciente permanece como o que não deveria ser subestimado (FIGUEIREDO, 2000)

Pelo menos em parte, a incapacidade coletiva para confrontar a estigmatização, a discriminação e a repulsa em relação ao HIV e à AIDS está ligada à relativa limitação de instrumentos teóricos e metodológicos disponíveis.

Dois fatores socioeconômicos se somaram ao panorama da epidemia da AIDS no Brasil: a pobreza e o nível de escolaridade das pessoas vivendo com HIV. Silva (2003) em sua tese de doutorado, citou que, entre moradores de uma favela do Rio de Janeiro, o início

das atividades sexuais é cada vez mais precoce nas adolescentes, em média, a partir dos dez anos. Associada à desinformação e à gravidade, pelo baixo nível sócio-econômico-demográfico, essa prática precoce tem sido acompanhada pelas DST/HIV.

Vemos que é preciso conhecer o processo de viver dos adolescentes para poder cuidá-los com propriedade. A magnitude e a complexidade dos problemas que envolvem o processo de viver dos adolescentes de hoje exigem procedimentos de intervenção quer sejam coletivos e disciplinares.

Acreditamos que cada adolescente envolvida na experiência de ser portadora do HIV apresenta uma perspectiva sobre o que está acontecendo e sobre o que deveria acontecer, com isso é importante que nós enfermeiros conheçamos as diferentes percepções da adolescente sobre o problema, conhecendo as mudanças desejadas por elas proporcionando assim melhores padrões de interação.

As enfermeiras que trabalham com portadores do vírus HIV dentre as quais me incluo, sofrem influência de crenças e valores sociais e individuais que conduzem nossas atitudes. Em conjunto com essa questão julgamos que as enfermeiras devem propiciar o cuidado em parceria com a adolescente, para que ocorram mudanças, uma vez que além de influenciar a direção destas, poderá propor o cuidado necessário, convidando a adolescente a participar do processo.

Consideramos que a enfermeira ao se reportar a esse evento, evoca inconscientemente, imagens e mensagens metafóricas de um tempo longo da história do HIV. Os comportamentos representacionais dizem respeito àqueles determinados, no mínimo, pela situação concreta na qual se faz conveniente, e, no máximo, por fatores pré-situacionais no nível das atitudes (VALA, 2000).

O comportamento situacional manifestado pela enfermeira circunscreveu o ambiente como simbólico, justificando sua atuação. Deste, emergem conteúdos estereotipados, permanentes, rígidos, cristalizados, que perpassam os entendimentos sobre a doença e sobre a adolescência e se mantêm presentes na contemporaneidade (MIRANDA,2004).

As estratégias de ação sobre a AIDS estiveram deslocadas por muitos anos em função do comportamento masculino, mais especificamente na questão do homossexualismo, deixando que as mulheres se mantivessem inseridas no grupo de baixo risco, com pequena ou nenhuma probabilidade de adquirir o vírus, demorando quase dez anos para a mudança de conceito. Novo paradigma no final dos anos 80 trouxe à luz a situação alarmante da contaminação da AIDS em mulheres, direcionado hoje para os adolescentes. (MIRANDA, 2002)

Somente na década de 90 a mulher é vista como provável componente do ciclo da contaminação pelo vírus HIV. Em 1992, em Amsterdã, aconteceu a 8ª Conferência Internacional sobre AIDS, que em seus objetivos possibilitou o aumento da atenção profissional à saúde da mulher (BARBOSA, 2000).

Tendo em vista que cuidar de pessoas com HIV passa a fazer parte do dia-a-dia de muitos profissionais da área da saúde, é preciso que exista qualidade essencial para enxergar as necessidades do outro, principalmente, se o outro é portador de uma doença estigmatizada como o HIV.(PINHEIRO, 20005)

Diante do panorama atual, os profissionais de saúde se deparam, em algum momento de sua trajetória, com essas clientes portadores do HIV, vivenciando junto a essas situações que trazem a tona, algumas questões culturais, sociais e comportamentais. O cuidar do outro é uma atitude que leva à reflexão principalmente quando se reporta ao dia-a-dia do cuidar de clientes portadores do HIV.

Tais questões são representadas e confirmadas quando nos deparamos com estudos acerca do cuidado com pacientes HIV, onde vemos descrições sobre a complexidade do cuidar dessas pessoas. Desde o início da epidemia, os profissionais de saúde vem construindo o temor do contágio, com base em sua prática voltada para a auto-preservação, e obtendo muitas vezes resultados desfavoráveis devido à própria falta de cuidado consigo e com o outro.

Todas as ações de cuidado neste período devem estar dirigidas para a superação de dificuldades, as quais são detectadas ao desempenhar o cuidado. É através da aproximação, ou seja, do contato interpessoal com o profissional de saúde, que nos são oferecidos os instrumentos para a efetivação do cuidado humanizado nesta situação peculiar e especial (WALDOW, 1999).

Em concordância com esse pensamento, é sabido que o ser humano, desde os seus primórdios, busca resolver seus problemas em meio a situações complexas e no confronto com o ambiente pré-histórico, o que fez com que emergissem atitudes voltadas para o cuidado e, a partir de então, percebe-se nas diferentes culturas as diversas maneiras de cuidar, e atualmente se confirma, através da sociedade contemporânea, a importância que tem o cuidado na vida do ser humano. (BARROSO, 2000).

Sentimos a necessidade de abordar a história do exercício da profissão de enfermagem moderna, observando a própria evolução da sociedade que está sendo desenvolvida nas organizações de saúde em caráter preventivo, curativo e de reabilitação. Para tal, tomamos como base a academia que oferece ao enfermeiro o conhecimento de

conteúdos das disciplinas da assistência, um cuidar de forma global, embasado na diversidade de referências e concepções teóricas, as quais influenciam a prática da enfermagem.

Devemos porém, considerar que tomar como base somente esse formato oferecido pela academia, não propicia aos enfermeiros, uma base para modificação de sua ação no cuidado.

Pelo código de deontologia da enfermagem, descrito no art 16º, dos direitos à vida e à qualidade de vida, o enfermeiro, a respeito do direito da pessoa à vida durante todo ciclo vital, assume o dever de: atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias; respeitar a integridade, cultural e espiritual da pessoa; participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida e recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.

Considera-se também, como princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais (COFEN, 1999).

A gênese cultural das doenças implica considerar suas diversas maneiras de serem percebidas, explicadas e tratadas nas diferentes sociedades. Trata-se de um fator que deve direcionar as ações dos cuidadores, contribuindo para evitar atitudes imprecisas, descritas no descuido, desvitalizando o tratamento, transformando o indivíduo doente numa questão técnica a ser resolvida, levando a diminuição da competência do profissional de saúde.

O cuidar não é apenas uma ação homogênea, pois é desenvolvido por cuidadores que abrangem uma diversidade de elementos, com as características pessoais, sociais, econômicas e culturais desiguais, os quais interagem nas relações do dia - a - dia da prática hospitalar, sendo um misto de mudanças e sombras onde perpassam simbolicamente o poder do cuidar (SILVA,1989).

O cuidado ao portador de HIV no panorama da saúde pública no Brasil, demonstra que as dificuldades em trabalhar com os pacientes HIV positivo foram agravadas pelas condições do sistema sanitário. O atraso na implementação das ações ocorreu devido ao descrédito do Poder Público e da sociedade geral à epidemia. As batalhas das organizações como ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS), criada em 1986, foram, e estão sendo, lutar contra a exclusão e a falta de assistência à saúde somada ao preconceito e à discriminação social contra as pessoas com HIV/AIDS.

Portanto, por ser a síndrome de imunodeficiência adquirida uma doença transmissível,

e até o momento incurável, cujos índices vêm aumentando no mundo inteiro, deve-se considerar que os componentes efetivos para o seu controle e prevenção são a informação e a educação. Dessa forma, torna-se imprescindível pensar no HIV como uma doença cada vez mais presente nas instituições de saúde, sendo indispensável aos profissionais de saúde, particularmente aos enfermeiros, dispor de conhecimentos e habilidades pedagógicas em atividades com vistas à educação, ao controle e à prevenção da transmissão do HIV (THIENGO,2005).

Nesse sentido, vemos que refletir sobre os aspectos psicossociais do portador do HIV traz implicações importantes, particularmente no campo da enfermagem, para as práticas de promoção da saúde, especificamente de prevenção do HIV, bem como para o cuidado dos jovens que já desenvolveram a doença.

É importante assinalar que a estrutura atual dos serviços de saúde proporciona às pessoas portadoras do HIV uma assistência fragmentada, pela inexistência de leitos suficientes nos hospitais de referência, fazendo com que os portadores do HIV sejam atendidos nos hospitais de Emergência.

A atenção obstétrica é muito importante para a preservação da saúde materna e do feto, por diminuir os riscos e complicações inerentes à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Tudo leva a crer que a adolescente portadora do HIV, assim como as demais puérperas, necessitam de conhecimento originado das interações cotidianas com o enfermeiro, o que significa dar oportunidade à adolescente e ao profissional para que possam ser desenvolvidas ações que evitem doenças, prolonguem a vida, assegurem conhecimentos que proporcionem e ampliem a qualidade de vida.

Tendo como aporte o cuidado a puérperas portadoras do HIV, a *Legislação brasileira sobre assistência ao portador do HIV* apresenta um modelo desenvolvido pelo serviço de saúde, como o manual normativo do Ministério da Saúde para profissionais de saúde de maternidades referenciadas para mulheres que não podem amamentar, no qual estabelece normas a serem desenvolvidas durante a assistência à puérpera portadora do HIV.

O Ministério da Saúde, dentro do programa nacional de DST AIDS, desenvolveu um manual normativo para profissionais de saúde de maternidades – referência para mulheres que não podem amamentar por conta da positividade para o HIV, e que não visa somente a abordagem de questões biológicas, porém desenvolve também, em seu programa, ações psicossociais, e, apesar disto, algumas considerações devem ser descritas quando se presencia na assistência prestada à mulher portadora do HIV um distanciamento entre o que é preconizado e essa assistência.

Na realidade, a mulher ainda tem muitos caminhos a trilhar para reverter totalmente o papel passivo historicamente construído em relação a sua saúde (ZAMPIERI,2005).

Destacamos a questão da comunicação como um dos elementos essenciais para o processo de criação, transmissão e cristalização do universo simbólico de uma organização, uma vez que tal fator é considerado imprescindível no cuidado aos portadores do HIV. Os modelos estandarizados, estabelecidos pelas políticas de saúde vigentes são conhecidos na sua totalidade somente por profissionais de saúde de maternidades que atendem gestações de risco as quais incluem o atendimento à portadora do HIV.

Tendo em vista essas considerações, transcrevemos algumas recomendações do Ministério da Saúde para puérperas com resultado reagente para o HIV. Para essas, as seguintes recomendações são necessárias no atendimento prestado durante o período de pós-parto imediato, sendo desenvolvidas somente em maternidades referenciadas para o atendimento à portadora do HIV.

As condutas estabelecidas para prestar atendimento às puérperas são desenvolvidas a partir da necessidade de esclarecer itens que devem ser esclarecidos como:

- conversar sobre os significados e percepções da mulher a respeito do resultado reagente; enfatizar a necessidade da confirmação do diagnóstico de HIV, quando este foi realizado com teste rápido anti –HIV na maternidade;
- enfatizar que até a obtenção do resultado definitivo, as medidas de proteção do recém – nascido (uso de AZT solução oral e alimentação com leite humano pasteurizado e ou com fórmula infantil) devem ser mantidas;
- falar sobre os sentimentos da mulher em relação a si mesma e ao recém-nascido, conversando sobre as questões que envolvem os cuidados dispensados ao bebê, procurando destacar a importância de seu vínculo com a criança durante os momentos do oferecimento da alimentação, do banho e outros relativos ao seu cuidado, possibilitando à criança adequado crescimento e desenvolvimento emocional e à mãe participação como cuidadora;
- considerar as questões que envolvem a alimentação do bebê utilizando a fórmula infantil (consultar o Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas, do Ministério da Saúde), com ênfase sobre os riscos de transmissão do HIV através da amamentação e os direitos da criança de não ser amamentada no peito;
- valorizar a importância da adesão à quimioprofilaxia com o AZT para o

recém-nascido (tratamento completo, sem interrupções, respeitando a regularidade e a dose recomendada);

- contra-indicar o aleitamento cruzado (amamentação por outra mulher);
- orientar a mulher no caso do diagnóstico do HIV realizado no momento do parto, quanto à necessidade de compartilhar esse resultado com seu parceiro, já que isto implica o encaminhamento adequado desse para a realização do teste anti-HIV (e quando for o caso, de sífilis), bem como sua participação no que se refere à prática do sexo seguro e aos cuidados com o bebê;
- se ela deseja compartilhar esse resultado com alguém, além de seu companheiro, auxiliando-a nessa decisão;
- informar sobre sexo seguro e orientar para o uso adequado do preservativo (masculino ou feminino);
- no caso de usuárias de drogas injetáveis, informar e orientar sobre a necessidade do uso individual de agulhas e seringas estéreis;
- no caso das mulheres com diagnóstico do HIV antes do parto, valorizar a importância de manutenção da adesão ao tratamento anti-retroviral em uso, a partir do resgate de seu entendimento no que se refere ao controle de sua infecção;
- agendar, no momento da alta, as consultas da mulher e de seu bebê para a rede de assistência especializada;
- orientar para realizar a primeira revisão puerperal em torno do 7º ao 10º dia pós-parto no serviço de saúde especializado (SAE) mais próximo de sua residência, e retornar para nova avaliação entre o 30º e o 42º dia pós-parto, para a revisão puerperal tardia;
- orientá-la para buscar um serviço de planejamento familiar, para associação de outro método contraceptivo. Informar que é muito importante para a saúde materna e da criança o intervalo de pelo menos dois anos entre cada parto, e que para o início de nova gestação, se ela assim o desejar, é importante que seja planejada quando esta estiver clinicamente controlada, reduzindo os riscos para ela e de transmissão vertical para a criança (BRASIL, 2005).

Consideramos que as recomendações descritas são encaminhadas para ações que envolvem cuidados técnicos e práticos relacionados à prática de educação em serviço, não

sendo direcionado à real necessidade da puérpera e principalmente àquela inerente à adolescente que contém, na sua expressão, a síntese das conquistas e vicissitudes da infância.

No entanto, é importante lembrar que as informações mantidas nesse período, devem ser desenvolvidas em todas unidades que atendem adolescentes puérperas portadoras do HIV. Entendemos que, dessa forma, questões ligadas aos comportamentos característicos da adolescência como isolamento, contrariedade e rebeldia, poderão ser evitados.

Tendo a educação sexual os conceitos de normal, natural, sadio e moral, estes devem ser bem definidos para que a adolescentes nesse período não sejam instrumento de repressão e, sim, contribuição positiva para o desenvolvimento integral da adolescente.

É de importância fundamental orientar para a necessidade de modificação dos pensamentos e do cuidado que as enfermeiras estabelecem no período puerperal, pois a impossibilidade da amamentação nesse período vivenciada pela mulher e a adolescente portadora do HIV, trás a tona uma questão social de grande importância para a maternidade, uma vez que a amamentação é uma arte prática, social, política e culturalmente determinada, transmitida de geração em geração e necessitando de suporte social e orientações.(BRASIL,2001)

O entendimento acerca da importância social da amamentação para a mulher no período puerperal, somado à oficialização da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao determinar que toda mulher deve manter o aleitamento exclusivo por seis meses, podendo se estender até os 2 anos de vida, faz com que a adolescente portadora do HIV, tenha o papel diferenciado neste momento, em todas as suas funções; julgamos a partir disso, que é de suma importância a valorização do conhecimento da adolescente sobre o processo vivenciado, buscando prestar um cuidado, a partir de suas necessidades e expectativas.

Acreditamos que o ingresso da mulher na maternidade representa um momento estratégico para o resgate de informações acerca do período trans e pós-parto e conseqüentemente a alta, e para isso, deveremos nos basear nos conhecimentos das adolescentes acerca de suas crenças e valores referentes ao HIV.

Vemos que a realização de um acolhimento mais atento e completo possível permitirá uma melhor adequação dos cuidados a serem tomados, dos conteúdos pertinentes em cada situação nos diferentes momentos que a mulher vivenciará na maternidade, realizando como cuidado prioritário a avaliação das condições emocionais e a capacidade de entendimento da adolescente, buscando captar o melhor momento para oferecer elementos necessários à tomada de decisão livre e esclarecida.

O que se espera, na perspectiva do cliente, é que o profissional, colocando sua

subjetividade e tendo preparo para ouvir, possa dar voz ao cliente, ajudando-o, também, a entrar em contato com a sua subjetividade. Dessa maneira, pode ser estabelecida uma relação transparente fundamental para que ocorra sintonia entre as cargas afetivas de ambos os lados. (FIGUEIREDO, 2000)

Parker (2000) tenta estabelecer perfis que possibilitem determinar estratégias para grupos de pessoas típicas. Ao levantarmos indícios sobre formas de reações ao atendimento ao cliente portador do HIV, deve ficar claro que as classificações decorrentes não se prestam à generalização, pois buscam a compreensão de algumas atitudes e mecanismos utilizados.

Na realidade, entendemos o cuidado como sustentáculo da criatividade, da liberdade e da inteligência humana, tão importante para a humanidade, em que é preciso que cada um de nós venha a desenvolver a afetividade de uns para com os outros.

Entretanto, acreditamos que, para que o cuidado seja eficaz, os enfermeiros devam desempenhar e assumir ações efetivas no cuidado à mulher adolescente em três aspectos: considerar as modificações fisiológicas, proporcionar trocas de experiências e conhecimentos, estimular e dar subsídios para que a adolescente possa ser sujeito das suas ações.

É fundamental, principalmente para os profissionais da área da saúde, perceber o cuidado na sua dimensão mais ampla, que tem como princípio uma forma de viver plenamente e não apenas como uma execução de tarefas para promover o conforto de alguém (WALDOW,1999).

Ao prestar cuidados ao outro, passa-se a respeitá-lo e a vê-lo na sua individualidade, tendo como princípios que propiciam uma nova razão, instrumental, emocional e espiritual. O cuidado humano deve ser resgatado, pois esse é considerado como ética mínima e universal, surgindo da consciência coletiva, em momentos críticos. (BOFF, 2003)

Acreditamos que a atuação da enfermeira é um importante veículo de canalização entre a adolescente e a instituição. Assim, a enfermeira não deve se constituir em figura centralizadora do saber acerca do certo ou do errado no cuidado, mas sim, um agente facilitador do cuidado, que busca planejar o cuidar, integrando os anseios e necessidades das puérperas portadoras do HIV aos conhecimentos de enfermagem.

Cuidar de uma adolescente puérpera portadora do HIV representa um grande desafio para a competência básica do enfermeiro, para os valores pessoais e profissionais e mesmo para as convicções éticas. (MARIN,1991)

No que se refere à participação do enfermeiro nos cuidados prestados à paciente com HIV, vale mencionar a Declaração Conjunta do Conselho Internacional de Enfermeiros e a Organização Mundial de Saúde, que contém os direitos e as responsabilidades dos

enfermeiros de todo mundo. Esta declaração determina que o enfermeiro, como membro da equipe de saúde tem o dever de criar um ambiente adequado, no qual os valores, costumes e crenças dos indivíduos sejam respeitados (SERAFIN,1991).

Pensamos que as possibilidades para a evolução da assistência às clientes com HIV emergem de idiosincrasias, como o desenvolvimento de um ponto de vista particular, com observações pessoais, dando uma interpretação individual a cada fenômeno. Com isso, as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas à saúde, à doença e às formas de intervenção são, por vezes, submetidas e, até mesmo, desconsideradas.

O estudo das representações sociais do HIV se apresenta como uma questão relevante, dada a necessidade de maior integração da equipe de saúde no desenvolvimento de atividades com vistas à promoção da saúde dos adolescentes, no contexto individual e coletivo.

Considera-se que representações e práticas estabelecem uma relação estreita de ligação, determinando comportamentos e atitudes específicas diante do problema (THIENGO,2005).

A Teoria das Representações Sociais

No ano de 1961, foram apresentadas as noções da Teoria das Representações Sociais (TRS) por Serge Moscovici, em um trabalho científico através do estudo sobre a Representação da psicanálise, na tentativa de explicar a realidade em uma dimensão histórico-crítica.

A Teoria das Representações Sociais vem se colocando como uma teoria marcada pelo avanço na compreensão de saber do senso comum e a tentativa de construir e interpretar o real.

A Teoria das Representações Sociais vem desmistificar a presunção absoluta da ciência, onde o que é bom é o científico e o restante passa a ser considerado como se tivesse menor valia. Valoriza o saber do senso comum independente da formalização científica. A TRS supõe um respeito a todos os saberes, pois considera que os fatos podem ser vistos de várias maneiras, ou seja, como parte de uma democracia.

Conceituar Representações Sociais torna-se uma tarefa difícil. Serge Moscovici sugere ser este um fenômeno que necessita de investigações e teorias, pois considera que a definição deveria ser o resultado do acúmulo de dados empíricos.

Na tentativa de dar um tratamento claro às proposições da TRS, surge uma

multiplicidade de noções que exemplificamos a seguir:

As bases epistemológicas nas quais se fundamenta Moscovici, através de um novo sentido, dão um novo estatuto à relação sujeito/objeto. O autor nos permite compreender as ações humanas não somente como resultados de experiências acumuladas e de sistemas de disposições incorporadas, mas, também, como produto da ação de indivíduos sobre si mesmos e sobre o mundo exterior. (MOREIRA ; OLIVEIRA,1998)

Por representações sociais entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações, originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podem também ser vistas como versão contemporânea do senso comum (SÁ, 1998, p.31).

Nesse sentido, Jodelet (1984) refere que a interação da prática do homem e suas implicações com o mundo social se inter-relacionam e promovem um conhecimento produzido em comum que será verdadeiro e se mostra como fenômeno da comunicação, servindo, assim, de base para a teoria das representações sociais. Dessa forma, a comunicação social repercute sobre as interações de mudanças sociais, de forma que o caráter psicossociológico possibilite várias dimensões de interpretação desse fenômeno.

Para o chamado homem moderno, a representação social constitui uma das vias de apreensão do mundo concreto, circunscrito em seus alicerces e em suas conseqüências. Portanto, se uma representação social é uma preparação para a ação, ela não o é somente na medida em que guia o comportamento, mas, sobretudo na medida em que remodela e reconstitui os elementos que dão lugar ao comportamento. (JODELET,2001).

“Formas de conhecimento peculiares à realidade social, que emergem na vida cotidiana no decorrer da comunicação interpessoal e tem por objetivo a compreensão e controle do ambiente físico-social”. (ROSA apud SPINK,1996, p.175)

Considerando as diferentes definições aqui apresentadas, poderíamos dizer que RS é um saber do senso comum socialmente construído e partilhado sobre determinada coisa em um contexto social, físico e cultural. Possui uma proposta dinâmica e explicativa dos fenômenos dentro de uma dimensão histórica e transformadora, compreendendo aspectos culturais, cognitivos e valorativos presentes nos objetos e nos sujeitos.

Uma representação social fala tanto quanto mostra, comunica tanto quanto exprime. No final das contas, ela produz e determina os comportamentos, pois define simultaneamente a natureza dos estímulos que nos cercam e nos provocam, e o significado das respostas a lhes

dar, em poucas palavras, a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos.

Trata-se, portanto de um conceito relacional e social, sendo que a TRS entende o ser humano como resultado de milhões de relações. Contrapõe assim a noção de pessoa à de indivíduo sem influência, isolado, separado de tudo. Julgamos que a subjetividade humana é o resultado de milhões de relações. Isso significa que somos ancoradouros de inumeráveis relações que estabelecemos com nossas diferenças e características específicas, construindo assim a nossa subjetividade.

Toda representação social é composta de figuras e de expressões socializadas, ou seja, é a organização de imagens e linguagem, porque ela realça e simboliza atos e situações que nos são de uso e que nos tornam comuns.

As representações sociais nos ajudam, assim a tornar familiar o não - familiar, pois sabemos o quão é desconfortável lidar com o não - familiar. Normalmente as pessoas tentam transformar o não - familiar em algo já conhecido, pois o não - familiar nos provoca ou nos deixa inquietos.

Levando em conta essa função constante do real e do pensado, do científico, uma conclusão se impõe: a representação social é um dos corpos organizados de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam inteligível a realidade física e social ; inserem-na, destarte, num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas e liberam os poderes de sua imaginação.

Para nos auxiliar neste fenômeno apresentaremos os dois processos geradores das RS que Moscovici formulou: ancoragem e objetivação. (MOSCOVICI,1978).

Ancorar é o processo pelo qual o sujeito interpreta e transforma os conhecimentos adquiridos, e, para tanto, utiliza as funções de incorporação do estranho ou do novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos, portanto, de um pensamento constituído.

A ancoragem está numa posição dialética com a objetivação, pois está inter-relacionada com os princípios e valores no qual um grupo social se mantém; são princípios que dão sustentação social” ao que foi incorporado e representado como fenômeno entre o homem e suas práticas culturais. Por exemplo: ao definir adolescente alguém chega e nos diz tratar-se de um incoseqüente . Todo mundo sabe o que é incoseqüência e acaba classificando a adolescente como incoseqüente, embora erroneamente. Ou seja, sabemos bem o que é algo, e a partir daí aquilo que não nos é familiar, ou seja, o que não está claro, é ancorado naquilo que é conhecido. Um processo que transforma algo em categorias comuns.

Já processo de objetivação visa transformar algo pelo qual se dá uma forma - ou figura - específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando-o concreto, quase tangível o conceito abstrato, “materializando a palavra”. Ou seja, a objetivação constitui um processo de concretização para a realidade. A imagem se torna concreta, física, cópia da realidade concebida.

No entanto, achamos necessário diferenciar o conceito de representação do conceito de representação social. Para Jovchelovitch (1997), a representação é uma ação simbólica de um sujeito em relação com o mundo que nunca é completamente aberto, e que, ao mesmo tempo em que o precede e o institui enquanto sujeito, vai se instituindo e se transformando enquanto um produto de ação humana.

As RS procuram não somente reabilitar o senso comum como forma válida de conhecimento, como também situar tal conhecimento numa teia de significados, criando assim efetivamente a realidade social que se constitui através das relações.

As representações sociais são conjuntos dinâmicos, seu *status* é o de uma reprodução de comportamentos e de relações com o meio - ambiente, de uma ação que modifica aqueles e estes, e não de uma reprodução desses comportamentos ou dessas relações, de uma reação a um dado estímulo exterior.

Em suma: a TRS amplia a compreensão do que é social, contrapondo-se a conceitos anteriores. Valoriza o saber do senso comum, desmistificando a presunção absoluta da ciência, o conceito de RS fica atrelado a uma teoria de maior abrangência explicativa causal; apresenta uma compreensão da dialética que se estabelece entre o indivíduo e a sociedade, voltando sua atenção para a relação entre os dois; recupera um sujeito que na relação objeto-mundo constrói tanto o mundo como a si mesmo.

3 - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza exploratória e analítica, com abordagem qualitativa, fundamentado nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais, que subsidiou a apreensão e análise da representação do cuidado a adolescente portadora do HIV.

A representação do cuidar da adolescente puérpera portadora do HIV foi investigada em nível individual, partindo do pressuposto de que as representações são construídas por indivíduos, portanto, devem refletir a forma como entendem o objeto representado.

Ao contemplar a base de edificação teórica que orienta este estudo, privilegiaram-se as falas dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Tentamos, dessa forma, compreender quais representações sociais as enfermeiras possuem, como determinam o cuidado a ser prestado a essa clientela, e acreditamos que com base nessas respostas, poderemos encontrar explicações para algumas práticas do cotidiano.

As entrevistas foram precedidas de uma conversa não - gravada, em que foi solicitada a autorização por escrito, a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo, para participar voluntariamente da pesquisa.

O cenário da pesquisa

O campo de investigação foi a Maternidade de um Hospital Público Municipal de grande porte da cidade do Rio de Janeiro, de referência no atendimento de Emergência, tendo a denominação de Maternidade de baixo risco, e que possui cinco unidades de internação específicas composta de: seis leitos para trabalho de abortamento, quatro leitos para gestantes, cinco leitos de pré-parto, vinte e oito leitos de puerpério, perfazendo um total de 43 leitos. Essa instituição não possui título de hospital de referência no tratamento de mulheres portadoras do HIV/AIDS, isto é, significa não possibilitar o aporte de verbas para o tratamento dos doentes e para a pesquisa da doença, além de não conferir ao hospital prioridade na liberação de recursos oficiais, para o recebimento de medicações específicas e programação para treinamento dos profissionais de saúde no atendimento ao portador do HIV.

Todavia, buscando ir além, sentimos a necessidade de ouvir os depoimentos dos

enfermeiros para compreender como eles se apropriam do saber do senso comum, para falar sobre o cuidado prestado à adolescente puérpera portadora do HIV e, com isso, apreender as representações sociais produzidas sobre o cuidado prestado a esta clientela. Dessa forma, estaríamos adentrando em um universo rico de experiência na qual se pode atribuir o sentido de um dado objeto, incorporando-o aos seus saberes preexistentes, possibilitando a realização da descrição do conteúdo da mensagem para possível análise.

Universo da pesquisa

A população estudada foi constituída pelas enfermeiras que atuam na maternidade. A escolha dessa população foi baseada, por um lado, no seu posicionamento em terrenos de importância estratégica, na sua sensibilização à informação científica e técnica, na sua atividade profissional em contato com os indivíduos portadores do HIV e na sua experiência acumulada em um curto tempo. O critério de inclusão das enfermeiras neste estudo foi baseado no tempo de serviço prestado na área materno-infantil e na sua concordância em participar do estudo. Constituiu-se uma amostra de 12 enfermeiras, que totalizou 90% das enfermeiras lotadas na maternidade de escolha.

Antecedendo a aplicação do instrumento para a coleta de dados, tivemos a oportunidade de testá-los e definir o horário mais conveniente para aplicação. Os dados foram coletados no 2º semestre de 2006.

Essa conduta nos pareceu a mais recomendada, pois quando se trabalha com o referencial do suporte das representações sociais, o envolvimento com o grupo estudado é uma estratégia válida e indispensável ao processo.

Como instrumentos, utilizamos a entrevista aberta e um caderno de campo, que valorizou a comunicação não-verbal, porque se trata de um aspecto do comportamento humano que não pode ser transmitido satisfatoriamente por meras palavras. A entrevista continha duas etapas: a primeira com uma questão em que se procurou traçar o tempo de assistência prestada pelas enfermeiras à mulher no ciclo gravídico-puerperal; a segunda com a elaboração de uma questão, tendo, como conteúdo, a representação social sobre o cuidado prestado a adolescente puérpera portadora do HIV.

Optamos pela entrevista aberta não-estruturada como método para a coleta de dados, porque além de valorizar a presença do pesquisador, ela também oferece as perspectivas possíveis para que o pesquisado alcance a liberdade necessária na coleta de dados, enriquecendo a pesquisa. (MINAYO, 1992).

Nos estudos das representações sociais, a técnica da entrevista possibilita abstrair as funções da representação, os conteúdos, sendo que, para as práticas dos profissionais de saúde o mais importante é a função de orientação, a qual se refere ao conjunto de conhecimentos cognitivos que o indivíduo tem de um objeto e esse conhecimento provém das experiências das observações, das suas comunicações, o que possibilita seguir e ou intervir nessa prática (SALES, 2003).

A coleta de dados ocorreu em momentos distintos: a) 1ª etapa: previamente, as entrevistadas foram informadas de todo o processo a ser realizado, e a seguir, foi iniciado o trabalho de interação entre o pesquisador e o pesquisado, sendo desenvolvido um jogo oral em que usamos o teste de associação livre de palavras, ou seja, um teste projetivo que possibilita ao entrevistado se familiarizar com o assunto, o que faz com que vá surgindo espontaneamente associações relativas às palavras indutoras. A atividade é desenvolvida quando se pede aos sujeitos que façam associações livres e rápidas, a partir da audição das palavras indutoras (BARDIN,2004). Para o jogo oral, foram usadas as seguintes palavras: adolescente, maternidade, puerpério, HIV e cuidado.

Não fez parte da metodologia coletar dados nessa primeira etapa, pois ela teve como objetivo estimular o entrevistado a pensar no assunto.

b) 2ª etapa: a entrevista se deu com o uso do instrumento proposto, individualmente, com auxílio de um gravador, com duração média de trinta minutos, após consentimento dos entrevistados, a partir de duas perguntas orientadoras: Qual o tempo de trabalho na maternidade?; O que representa para você cuidar da cliente adolescente puérpera portadora do HIV?

É importante ressaltar que a compreensão das representações tem início quando o pesquisador e o pesquisado estabelecem um consenso em relação ao significado essencial do discurso, a partir da concepção do sujeito pesquisado.

Para tanto, faz-se necessário selecionar, no discurso dos sujeitos, os conteúdos que emergiram em maior frequência, ou seja, aqueles que revelam o significado atribuído às suas experiências e expectativas do cuidado.

Conforme delineamento prévio deste estudo, passamos à seqüência descritiva para apresentação da análise e discussão das informações e, conseqüentemente, responder às nossas inquietações acerca do cuidado prestado a adolescente portadora do HIV no puerpério.

Com relação aos aspectos éticos, o estudo foi realizado em consonância com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da Pesquisa com Seres humanos. Após este procedimento, cada enfermeiro que aceitou participar do estudo foi

devidamente informado sobre todos os passos em sua participação no estudo; foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de ser explicado acerca do anonimato das participantes, dos benefícios e não-malefícios do trabalho. Para manter o sigilo e anonimato proposto às enfermeiras entrevistadas, usamos letras e números para identificar as falas apresentadas.

Tratamento e análise de dados

Após a conclusão das entrevistas, demos início à transcrição das falas dos participantes. Para a escolha das unidades de análise, optou-se pelas unidades de contexto que correspondeu à entrevista, utilizando o critério de recortes semânticos das unidades de registros, frases e palavras. Vala (2001) diz que a unidade de contexto compreende os segmentos maiores do conteúdo, ou seja, os temas maiores da entrevista.

Posteriormente seguiu-se o tratamento das informações coletadas mediante análise de conteúdo e estrutural, que, segundo Vala (2001) tem como objetivo desvelar a atenção que os sujeitos dão ao manifesto, concedendo-lhes diferentes conteúdos inventariados, o que permite a influência, nas falas dos sujeitos, a partir da concentração da frequência das unidades temáticas emergentes que compõem o conjunto de categorias e subcategorias.

Sendo a análise de conteúdo uma técnica que observa as condições de produção do discurso, efetua inferências sobre as mensagens sistematizadas, orientando o contexto da produção. Bardin (2004), apresenta as seguintes operações pertinentes ao método: 1) Codificação, em que... “pode ser realizada a partir do recorte, que se refere à escolha das unidades; da enumeração, que se refere a regras de contagem; de classificação e agregação, que se volta para a escolha das categorias”; 2) Unidade de Registro, que corresponde ao segmento de conteúdo a ser considerado, e pode ser uma frase (desde que exprima um pensamento completo), uma palavra ou uma afirmação acerca de um assunto; e 3) Categorização, que é a operação de classificação de elementos pertencentes a um conjunto.

Spink (1995) sugere que, para efetuar uma análise de conteúdo, o trabalho de interpretação deverá obedecer aos seguintes passos: transcrição da entrevista; leitura flutuante de ambos os materiais gravado e transcrito; definição do objeto da representação a partir dos objetivos da pesquisa; construção de quadro a partir das categorias encontradas e, por fim, elaboração da relação dos elementos cognitivos, afetivos e ações encontradas nestas associações.

Considera-se que no campo da pesquisa social devem-se obter dados e trabalhar em

uma produção de conhecimento; identificar categorias e começar a interpretar; criar nesta interpretação faceta para a compreensão do fenômeno, uma vez que o processo de interpretação aqui empreendido procurou ir além dos métodos da análise sócio-histórica e da análise formal, pois, buscou-se trabalhar os dados em uma linha de produção de conhecimento, tentando compreender melhor as representações sociais na parte cognitiva e afetiva dos enfermeiros que, de uma maneira ou de outra, podem servir para criar ou reproduzir comportamentos.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Categorias de análise

Ouvir os enfermeiros sobre as suas trajetórias, permitiu-nos observar o contexto em que se situavam, pois, ao falar de si, falaram do ser humano quando é assistido e quando assiste, transmitindo, desse modo, seus anseios, medos e limites advindos desta interação. Os dados descritos a seguir emergiram durante o processo de análise, e foi constatado que 25% das enfermeiras tinham suas especializações referentes à área de neonatologia, entretanto, 75% possuíam título de enfermeiros obstetras. Na referida unidade, a necessidade de serviço dentro da maternidade faz com que as enfermeiras, especializadas ou não, atuem em todos os momentos da assistência.

Com finalidade de situar o leitor para melhor compreensão do perfil das entrevistadas, descrevemos a história cronológica das enfermeiras que prestam cuidado à adolescente no ciclo gravídico-puerperal, em que 8,33% das entrevistadas possuíam o tempo menor de 4 anos de assistência.

O perfil do restante das entrevistadas, que totalizaram 91,66%, permitiu-nos observar que o tempo de cuidado prestado a puérpera foi acima de 10 anos. Achamos que isso revela alguns dados significativos e fizemos questão de trazê-los no início da apresentação dos resultados.

Apresentamos a questão cronológica como um dado importante para a formação das representações sociais. Segundo Jodelet apud Sá (1998), dentro de uma das suas perspectivas em que está relacionada a atividade puramente cognitiva pela qual o próprio sujeito constrói sua representação, define-se que a questão cognitiva está intimamente relacionada ao tempo de correlação com o fenômeno.

Com um exame mais acurado dos dados, emergiu um conjunto de três categorias, que conseguiram dar conta da maioria das unidades de registro por se mostrarem suficientemente abrangentes e mutuamente exclusivas. As categorias foram construídas após o destaque conferido às unidades de registros:

As categorias a que chegamos foram: categoria 1- **Prática do cuidado**: Sendo uma categoria realmente importante e significativa que faz parte da essência da prática de enfermagem; categoria 2- **Elementos cognitivos**, apresentando também duas subcategorias,

sendo a habilidade profissional e perspectivas de visão do futuro; Categoria 3- **Elementos afetivos**, que contém como subcategorias apoio familiar, sentimentos positivos e negativos, que se misturam de forma a serem considerados na seleção das unidades. As categorias foram definidas a partir das informações contidas nas entrevistas transcritas, utilizando, inclusive, o caderno de campo que continha as expressões das próprias manifestações da fala dos personagens envolvidos.

Acreditamos que a subdivisão das categorias estabelece uma forma mais consistente e clara de demonstrar as variadas formas de representações sociais encontradas durante a leitura do conteúdo das falas.

No início de cada tópico, com uma análise parcial, fizemos uso da fundamentação teórica acrescida de nossas experiências profissionais, baseadas essencialmente como enfermeiras assistenciais.

A construção desse trabalho foi realizada fundamentalmente a partir da análise dos relatos coletados. Foi como se dêssemos voz a essas enfermeiras, e a partir do que foi ouvido, pudemos tecer nossas considerações.

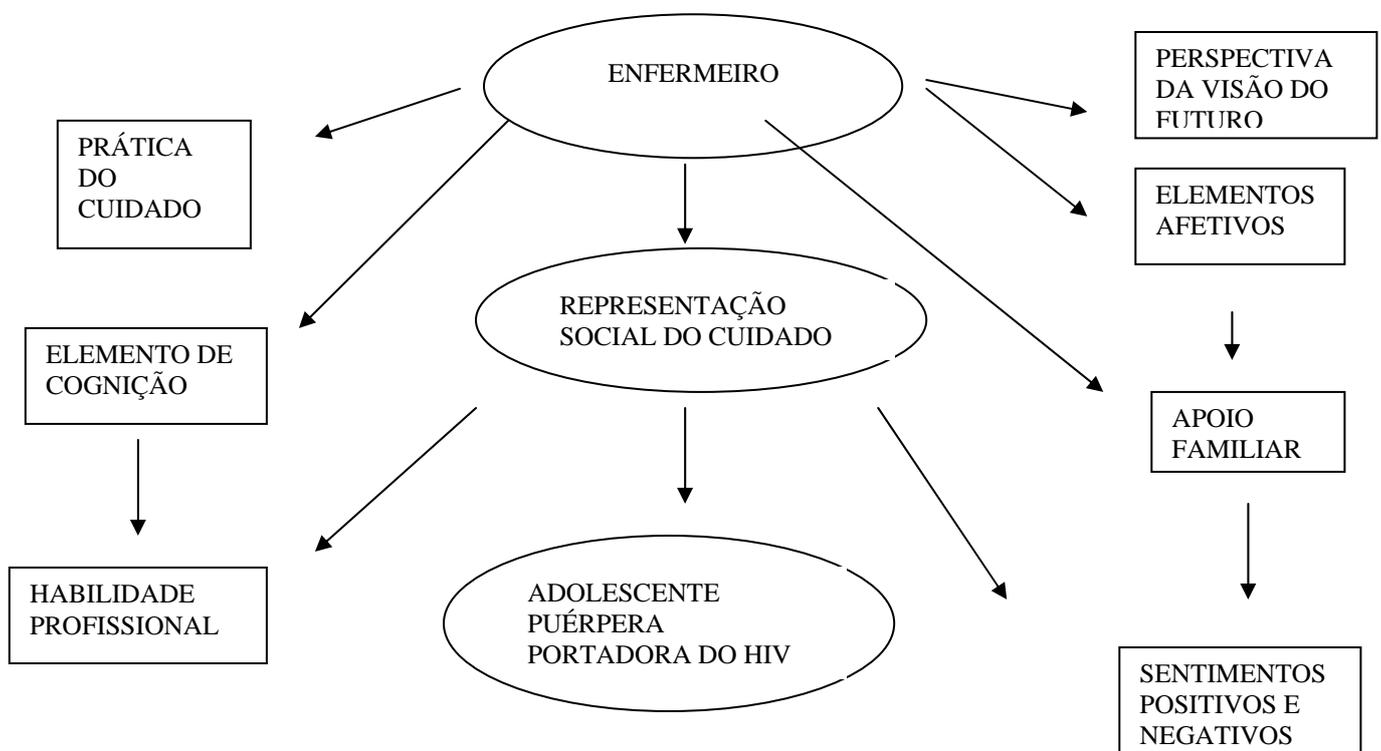


Figura 1: Representação do Enfermeiro no cuidado prestado à adolescente puérpera portadora do HIV. Rio de Janeiro- 2007

Ao observar os resultados da primeira categoria denominada prática do cuidado,

percebemos que as enfermeiras cuidam na lógica da assistência ao período do puerpério e não na lógica do HIV e muito menos na lógica da adolescente.

Categoria 1: Prática do cuidado

Nessa primeira categoria, a riqueza e a diversidade das informações observadas sobre o que representa para o enfermeiro cuidar de uma adolescente portadora do HIV no puerpério procuram apontar uniformidade dentro das ações descritas. Vimos ao longo dessa exposição vários aspectos que permeiam o cuidado prestado à adolescente portadora do HIV no puerpério. Alguns desses aspectos fazem parte das características individuais de cada enfermeiro, construídas a partir da história de sua identidade, a partir da cognição da prática do cuidado em relação ao processo saúde-doença, do próprio indivíduo a ser cuidado e sendo influenciado pelo contexto institucional.

A prática do cuidado foi demonstrada, como o cuidado habitual, na qual o profissional enfermeiro vê a si próprio como aquele cuja missão está em oferecer “cuidado” ancorado na descrição do cuidado existente no cerne da profissão de enfermagem, independentemente da falta de conhecimento dos cuidados específicos a serem prestados, e do suporte institucional efetivo:

Não precisa se encapar toda só porque ela é portadora, você vai ter determinados cuidados.(E11)

Pra mim nada de diferente, como outra paciente que eu teria .(E 5)

Mas o básico ela tem que ter mesmo, o básico dos cuidados.(E 8)

Não vejo diferença em cuidar de uma adolescente grávida se ela é soropositiva, ou não (E10)..

Eu não vejo diferença no cuidado,o não vejo , mas tem coisas específicas que a gente tem que ficar atento.(E3))

O cuidado e esse,, cuidado normal quanto as secreções é válida para todas as puérperas.(E 7)

Constatado nas falas das entrevistadas, vemos a dificuldade do enfermeiro em determinar a elaboração de cuidados propícios a serem desenvolvidos na prática do cuidado, visando a prestar a qualidade de assistência à adolescente portadora do HIV com a perspectiva de prolongar o tempo de vida juntamente com a qualidade da mesma.

A simplicidade nas falas, determinando um cuidado normal, demonstrou que a forma

usada pelas enfermeiras no estudo serviu para caracterizar que o cuidado prestado à adolescente portadora foi apresentado como padronizado, não determinando um vínculo afetivo e tão pouco profissional, na medida em que desconsiderou as especificidades.

Acrescentamos que a objetivação construída pela fala das enfermeiras foi direcionada com a naturalização do cuidado a ser oferecido às adolescentes inseridas em um contexto considerado socialmente complexo, dando-nos a oportunidade de verificar como o profissional de saúde, e nessa questão, a enfermeira, apresenta – se diante de situações complexas e fora de seu controle.

Entendemos que a RS encontrada foi a forma que as enfermeiras encontraram para não caracterizarem dificuldade, desconhecimento e repulsa para prestar o cuidado.

Como consequência desta representação, provavelmente encontramos enfermeiras sem capacitação específica, para praticar um cuidado holístico à adolescente puérpera portadora do HIV. Pois, na relação profissional de saúde-paciente pode existir um afastamento por parte do enfermeiro em questão, levando a um tratamento mais desumano, que no âmbito da assistência à mulher realiza práticas que são empregadas com base em critérios intervencionistas que não privilegiam o contexto.

Perguntas deixam de ser formuladas para as adolescentes justamente pelo medo de se obter respostas nas quais será revelada a dificuldade para lidar com tais assuntos que estão presentes em função da formação profissional falha.

Encontramos também nas falas das entrevistadas um cuidado modificado, onde as entrevistadas descreveram a existência da necessidade de proporcionar o cuidado com a abordagem individualizada, dando oportunidade à adolescente de receber um cuidado em que todos os aspectos sejam contemplados - o cuidado biológico, o cuidado no tratamento, o cuidado afetivo e principalmente, o cuidado emocional. As falas demonstram essa ação:

Então eu acho que tem que ser um cuidado mais redobrado com essa adolescente do que com outra puérpera aqui. A atenção psicológica é fundamental pelo psicólogo em qualquer instituição, em qualquer local de trabalho, seja de saúde pública ou particular, e que dê apoio psicológico para essa adolescente. (E 4).

O cuidado de passar informações, saber quais as informações que ela recebeu se as informações que ela recebeu vão ajudar ou atrapalhar no atendimento dela, porque muitas vezes ,recebe uma informação que não foi passada corretamente, e isso vai prejudicar o relacionamento dela com o filho, com a família, com profissionais, ela não sabe até onde pode ter a segurança de que vão fazer certo ou errado . E muitas vezes ela não tem orientação de nada, outras vezes ele estar muito bem orientada e fica com medo do que ela não esta vendo acontecer, e ela de certa forma sabe

que tem que acontecer. Então isso tudo a gente tem que estar preparado..(E 6).

O cuidado é esse, cuidado normal quanto as secreções é válida pra todas as adolescentes que estão internadas,mas as questões da medicação, da orientação, do cuidado do bebê, esse que é o diferencial.(E 3)

Cuidado pra mim é tudo,,é desde estar em silêncio, por que as vezes ela só quer falar,segurar na mão da paciente e até mesmo fazer o parto se for preciso. Cuidado é tudo. É ver a paciente por inteiro.E 2)

O mais importante pra mim é valorizar esse lado emocional esse despreparo que ela chega ao puerpera, não só o cuidado com o bebê e o cuidado físico dela, mas o cuidado emocional. (E1)

Waldow (1999 p.43) ressalta que todo o cuidado humano deve ser entendido como atitude ética: (...) um compromisso, uma responsabilidade em estar no mundo, que não é apenas aquilo que satisfaz, mas ajudar a construir uma sociedade com base nos princípios morais (....).

Vemos que as enfermeiras do estudo demonstram que por trás do exercício da função, está um ser com capacidade natural como qualquer outro, em desenvolver o cuidado humano. Em contrapartida, suas características específicas e singulares sofrem influências das suas inter-relações com os outros, os quais podem dificultar a conquista de um cuidar com valor humano.

Acreditamos que a RS encontradas nas falas das enfermeiras do estudo foram ancoradas não só em experiências, conhecimentos adquiridos no cotidiano do cuidado a ser prestado as portadoras do HIV, mas a todo o conjunto de fatores, que fazem parte do cuidado.

O cuidado profissional assume a natureza de uma resposta deliberada para aquilo que importa, ou melhor, o que é importante em si mesmo, envolvendo o poder espiritual da afetividade. Essa dinâmica é a antítese da auto-anulação ou do cuidado como subserviência. Identificam-se cinco categorias, ou atributos do cuidar: compaixão, competência, confiança, consciência e comprometimento” (WALDOW, 1999 p.132).

A experiência aqui discutida mostrou que, ao responder à complexidade da tarefa de cuidar da saúde das adolescentes puérperas portadoras do HIV, os enfermeiros se colocam à margem do sentido técnico que atribuem ao trabalho, ao mesmo tempo em que expressam e reproduzem as tensões de um modelo de atenção à saúde quase que exclusivamente centrado no êxito técnico, como obstáculo à presença do adolescente , sujeito efetivo no cuidado da sua própria saúde.

Grande parte das enfermeiras entrevistadas acredita que o suporte institucional é um fator relevante e de complemento no cuidado a ser prestado à adolescente portadora do HIV,

e que independente da instituição referida no estudo não ser uma unidade de referência para ao tratamento do HIV, embora seja uma referência no atendimento materno-infantil, necessita de mudança de paradigmas e resgate de comportamentos.

Acrescente-se que o enfermeiro é considerado um recurso humano historicamente institucionalizado que possui um vínculo empregatício, e que constrói e formata esse profissional.

Portanto, é fundamental que as instituições ofereçam aos enfermeiros condições para o exercício de prática, que possa atender por saber-fazer, o que, no atual quadro assistencial, regido por metas de produtividade, limitam o profissional a uma atuação restrita ao atendimento biomédico.

Apresentamos, a seguir, algumas falas que demonstram essa visão:

Nós não estamos ainda totalmente preparados, nós estamos equipados, mas não preparados. (E 9)

Como o hospital tem porta aberta, que significa atender a todos, significa atender a todos quando chegam aqui, a partir do momento que a gente não abre a porta, então essa adolescente não vai bem.(E 12)

Você não tem muito instrumento, o que fazer a não ser orientar, dar um pouco de ajuda, você como profissional não pode fazer mais do que isso sem ajuda da instituição,até por que se não vai se envolver a cada um que chegar aqui você vai criar,vai colocar no colo e não vai dar certo.E 1)

Considera-se que os seres humanos nascem, vivem, trabalham e morrem em contextos carregados de cultura, sendo este um fator importante a ser incluído no cuidado à saúde.(FREITAS, 2002)

Fleury (1996) lembra que a cultura organizacional apreende valores em vários níveis, sendo o nível dos valores o que governa o comportamento das pessoas. Ao identificar esses valores, observa-se que eles geralmente são fatores manifestos da cultura.

Moscovici sugere que o pensamento pode ser comparado como o ambiente. O que é real: o meu pensamento, ou a realidade lá fora? não há como separar o pensamento do que a realidade que se encontra fora, pois ela existe na forma como é pensada.

Vemos a questão da cultura inserida no entendimento das enfermeiras do estudo, pois exerce uma forte influencia nas suas ações direcionadas ao cuidado a adolescente puérpera, trazendo como especificidade o cuidado obstétrico, cultivando no comportamento do grupo um movimento circular, pois o grupo se fecha em suas convicções e competências, específicas desse cuidado. Toma-se como suporte a cultura organizacional, que na sua essência possuiu

processos que levam os profissionais institucionalizados, em especial os de enfermagem a “isolar” o diferente, ou seja, a adolescente portadora do HIV.

Através de sua fala, uma das entrevistadas descreve que apesar do grande progresso e ampliação da assistência à saúde da mulher, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, ainda é necessário integrar itens, com estratégias fundamentais propiciando a mulher seu autoconhecimento e cuidado, isso representaria uma forma de apropriação das necessidades da adolescente, cujas lacunas de atendimento ainda persistem, principalmente nas ações relativas às mulheres portadoras de DST/HIV.

“Eu acho, por exemplo que está melhorando muito em relação ao HIV, com o apoio do Ministério da Saúde com a preconização do teste rápido, mas quando a instituição não apóia isso fica complicado” .(E 7)

Apontamos a falta de investimentos na formação e aprimoramento dos profissionais, falta de incentivo e de espaço para realização de projetos, ausência de uma equipe multidisciplinar envolvida com a assistência, que nos remete à dificuldade de acesso das mulheres adolescentes aos serviços básicos de saúde, e com isso, o que dizer em relação a falta de um tratamento especializado como no caso do tratamento do portador do HIV.

A importância do cuidado direcionado às práticas educativas de apoio psicoemocional juntamente com as características das interações profissionais devem favorecer a recuperação e promoção do auto-cuidado da adolescente portadora do HIV. Nesse conjunto de eventos, é essencial o respeito às diferenças, a escuta, o diálogo, com base em uma relação horizontal, levando a adolescente ao entendimento desse processo.

As representações sociais de práticas assinaladas, para analisar as representações do cotidiano, são aquelas relacionadas à vida e à saúde. A análise das práticas da vida cotidiana, quando direcionada a partir de um enfoque sociológico, remete-nos para a dinâmica das relações entre os indivíduos. (INFO DROGAS, 2000)

O processo de interação entre o enfermeiro e o adolescente deve ser comandado pelo diálogo, o que requer tempo, apreensão das manifestações dos adolescentes e aceitação de seus valores e experiências.

Dessa perspectiva interacional também depende o reconhecimento da diversidade dos modos, além da identificação de necessidades e potenciais no campo da saúde-doença. É fundamental que os enfermeiros desenvolvam essa competência, tendo em vista a perspectiva de atenção integral à saúde ao grupo das adolescentes.

Como resultados da segunda categoria, denominada *elemento de cognição* foram construídas duas subcategorias: a habilidade profissional e perspectiva da visão do futuro.

Categoria 2: Elemento de cognição

O elemento cognitivo é conhecido nas ciências sociais e está incutido no processo de participação social do indivíduo sobre a saúde de outros indivíduos, imputando com isso, aos profissionais de saúde na participação efetiva sobre os fenômenos de saúde.

Jodelet (2001) nos descreve que a própria TRS, quando da análise de fenômenos sociais está presente no processo saúde-doença, vem contribuindo com vasta produção para o entendimento de possíveis regras que regem o pensamento social. Esta tem se mostrado como eixo teórico privilegiado, na medida em que se possibilita o conhecimento dos referenciais das ações individuais e coletivas e da maneira como se apropriam do conhecimento que circula na sociedade sobre a saúde.

A apropriação das RS nos leva a verificar que essa categoria se apresenta em grande parcela na construção das representações sociais das enfermeiras do estudo, pois foi a partir desse elemento que se verificou a construção dos pensamentos que direcionam as ações a serem desenvolvidas.

Subcategoria 1: Habilidade profissional

Trazendo a primeira subcategoria denominada *habilidade profissional*, descrita como uma das principais dificuldades percebidas pelas enfermeiras que demonstraram em suas falas não possuírem conhecimentos de facilitação para a construção da ancoragem apropriada para oferecer como cuidado a adolescente puérpera portadora do HIV.

Um caráter mutativo das Representações Sociais, destacado por Moscovici, se apresenta quando um indivíduo tem de enfrentar um objeto social importante, mas desconhecido ou pouco familiar, e inicia uma operação complexa de redefinição, a fim de tornar o objeto mais compreensível e compatível com seu sistema simbólico”. (Zan ; Palmori, 2001, p.267)

No campo das teorias das Representações Sociais são três as etapas que caracterizam essa ação: o Pensar, que determina o cognitivo do objeto apreciado; o Sentir quais os sentimentos que envolvem o sujeito com o objeto e quais atitudes o sujeito “toma” a partir do

conhecimento do objeto; e o Atuar revelando as ações do sujeito perante o significado e significante do objeto.

A experiência educacional acerca do cuidado fornecida pela instituição formadora influenciará a maneira de cuidar, juntamente com experiências prévias, fazendo com que o hábito no que concerne ao tempo da prática, seja relevante, estreitando o relacionamento com a cliente. Experiências anteriores incluem a história de vida, seus valores, rituais de cuidado, hábitos e tudo aquilo que possa interessar para o processo de cuidar. (WALDOW,2006)

Destacamos outras barreiras descritas nas falas das enfermeiras do estudo, referindo-se aos valores que devem ser destacados na profissão, como a falta de envolvimento profissional para modificação de comportamentos, a confusão quanto às exigências educacionais que direcionam a falta de conhecimento, tempo limitado para a atualização e falta de apoio grupal e institucional para a prática efetiva do cuidado.

As enfermeiras tendo o cuidado como uma atividade inerente de sua profissão, acostumadas a salvar vidas, a participar dos processos de cura, diante da adolescente portadora do HIV, tiveram que lidar com a impotência, pois a doença HIV em toda a sua complexidade acabou apontando que elas se vêm diante do limite imposto pela falta de conhecimento e prática.

Demonstramos, a partir das falas das enfermeiras, que a habilidade profissional é vista como uma peça indispensável na construção do cuidado a ser prestado à adolescente puérpera portadora do HIV.

Isso aí pra mim é muitíssimo complicado, porque o adolescente é uma pessoa em que já basta essa transformação toda, saindo da infância e entrando na adolescência, sai da infância achando que o mundo está aos seus pés, que ela controla tudo, e uma puerpera adolescente já é difícil de lidar com tudo isso, porque elas acham que estão acabando com a vida delas (E12)

É uma preocupação a mais com aquela jovem, eu fico preocupada em ter que dar uma atenção maior a essa paciente.(E1)

Então essa atividade da maternidade, ela pode ser muito rica, pode ser muito grandiosa, e o de resgate de muita coisa.(E11)

Eu acho que é muito problemático porque a gente percebe como que essas pacientes chegam pra gente, sem exames ou ainda não chegou o resultado, e muitas vezes elas chegam aqui e a gente não tem muitos casos .(E 8)

Uma adolescente puérpera e com HIV, é tanta complexidade junto desse cuidar que é muito difícil você explicar pra ela, que se não sabe que tem essa doença, e que não tem cura, mas que com a medicação ele é tratada, e se ela

não tomar essa medicação o tempo de vida dela é curto. E 4)

Acolher, não percebo isso no profissional, ainda estamos muito longe disso, alguns podem até em dado momento se deter a pouca coisa, mas não é o forte dar atenção dentro das maternidade.(E 5)

Algumas enfermeiras deixaram evidente esta dificuldade, pois o HIV desafiou e desafia os profissionais de saúde a reverem suas práticas, a incluírem conhecimento do comportamento da doença e do indivíduo acometido. É de suma importância que as enfermeiras diretamente envolvidas, ou não com as portadoras do HIV, aceitem a reivindicação que a doença vem fazendo à sociedade, ou seja, uma transformação radical no modo de pensar a sexualidade e no processo saúde-doença.

Madeira (1998, p.11) aponta que “a apropriação não se faz por um movimento automático e mecânico, mas, por um processo alicerçado e alimentado pelo sentido que o sujeito atribui à experiência com o objeto, nos espaços das vivências e interações que vêm marcando ao longo do tempo” .

Max Weber *apud* Minayo, 1992 elabora suas concepções do campo das Representações Sociais através de termos como “idéias”, “espírito”, “concepções”, “mentalidade”, usados muitas vezes como sinônimos e trabalha de forma particular a noção de visão do mundo. Para esse autor, a vida social consiste na conduta cotidiana dos indivíduos e é carregada de significação cultural, são as idéias ou representações sociais o juízo de valor que os indivíduos dotados de vontade possuem.

Vemos porém, que não é somente a questão direcionada à doença, que aparece como inabilidade profissional; observamos que as enfermeiras também expressam ter que lidar com questões que afligem a saúde do adolescente, o que significa incorporar no direcionamento do cuidado. É através da exigência para a criação de estratégias para esse enfrentamento pelas enfermeiras, configurando-se na reflexão acerca de sua realidade, condições de vida, apontando assim para uma abordagem, que se propicia um cuidado amplo.

Na construção do conhecimento entendemos que a redução de exemplos de desenvolvimento de cuidados aplicados ao portador do HIV, na formação dos profissionais de enfermagem, priva-nos da construção da competência para ultrapassar os limites da compartimentalização do cuidado.

Diante disto, podemos afirmar que as trajetórias das enfermeiras participantes do objeto de estudo são decorrentes de experiências acumuladas, que produzem esquemas de percepção e de ações que direcionam estas profissionais, tentando – lhes assegurar constância

de determinadas práticas através do tempo.

Entende-se que a academia oferece ao enfermeiro o conhecimento, conteúdos das disciplinas da assistência, cuidar global embasado na diversidade de referências e concepções teóricas, as quais influenciam na prática da enfermagem, conhecimentos estes reconhecidos socialmente como sendo os agentes diretos do cuidar. O conhecimento representa não só aquele adquirido na academia, como também a relação deste com a experiência e o interesse em manter-se atualizado; daí, a prática em passar a constituir a grande escola.

Confirmado pelas descrições das enfermeiras do estudo que não é exclusivamente o lado racional que atua, há um que de subjetividade, de pessoal, de afetivo, questões que envolvem recepção e escuta.

Toda a representação só é construída (apreendida) quando há uma relação efetiva entre o sujeito e o objeto, representado em forma de elaboração do cognitivo e do simbólico, não, porém, como fruto do individual, já que sua produção ocorre das inter-relações e da comunicação social enfaticamente a partir dos conhecimentos adquiridos do senso comum, pois neles se expressam e se trocam conhecimentos da prática social. (MARQUES, 2000)

Dito de outra forma, se as representações se modificam, as práticas também se transformam, e reciprocamente. (OLIVEIRA,1998)

Subcategoria 2: Perspectiva da visão do futuro

A perspectiva da visão do futuro descrita nas falas das enfermeiras entrevistadas tem sua descrição nas representações sociais como sinônimo de realização pessoal, de possibilidade de concretizar sonhos: crescer , crescer dentro da profissão , tornar-se um bom profissional no seu domínio.

Constrói-se, portanto, uma representação positiva do futuro, a partir da representação também positiva que se tem da profissão, ou seja, está percebida como um importante trunfo ou garantia para a realização de expectativas e perspectivas. (OLIVEIRA,1998)

Algumas das entrevistadas manifestaram que a falta de estímulo se dá pela obstinação do hábito adquirido na prática do cotidiano, dificultando a busca para a qualificação como complementação da formação profissional. Com a não perspectiva de mudança e ampliação do conhecimento, somando-se a representação construída sobre a improvável perspectiva de futuro, apresentada pela adolescente por ser portadora do HIV, torna-se um aspecto facilitador de ações de cuidado imprevisíveis e incoerentes diante do grupo.

As duas percepções se misturam, revelando uma seqüência dos fatos, em que as entrevistadas correlacionam a falta de estímulo para o desenvolvimento profissional com a menor probabilidade de futuro. Apresentamos essa confirmação através das falas das entrevistadas:

Eu imagino que é essa falta de perspectiva do futuro, quando a gente relaciona com a vida da gente com a delas, por mais que seja referente da classe, não é tanto pela nossa idade, aquilo que gente vivencio, nós também viemos de uma condição social média, mas uma condição econômica baixa, e nós tínhamos talvez uma visão diferenciada. (E 2)

Já tomou duas cacetadas na vida, filho e a doença, teoricamente não tem estudo não trabalha, nem sei se tem família doente, e então quem vai cuidar de quem? Quem é que precisa ser cuidado, o bebê ou a mãe? No caso os dois, só que um depende do outro que está doente. Você tem que lamentar, porque você, servidora pública, num hospital que você não tem muito que oferecer, oferece o básico, tentado dar um pouquinho mais, e talvez não chegue a lugar nenhum. (E 1)

Essa adolescente talvez não tenha a mesma perspectiva de vida do que uma adolescente sadia teoria. (E 9)

Imagina uma pessoa que não tem nenhum poder da vida dela socialmente nas mãos, então ainda ela está desprotegida, penso no futuro dessa menina. (E10)

O que a gente disse para ela nesse meio tempo? Como a gente orientou pra seguir nesse meio tempo? Acho que é necessário aprimorar tecnicamente para dar apoio a essa adolescente. (E 5)

A habilidade com competência e gentileza, somando-se à perspectiva para o futuro fazem parte da atividade do cuidado, fazem a diferença e oferecem satisfação ao grupo cuidado e ao enfermeiro que cuida.

Uma das subjetividades descritas nas falas das enfermeiras do objeto estudo foi denominada pela palavra estigma. Vemos que as histórias das representações sociais sobre as mulheres portadoras do HIV construíram diferentes dificuldades, características de fenômenos estigmatizantes, que ainda se mantém vivos no imaginário social.

Nosso estudo demonstrou que essa subcategoria construiu as RS ancorando na idéia de que o portador do HIV é um indivíduo que enuncia um comportamento perigoso, que vai além da fraqueza, que é o de irresponsabilidade e delinquência.

As enfermeiras do estudo, em suas falas, reavivam crenças antigas, compartilhando a falta de informação e favorecendo o surgimento dessas representações.

Adolescente é uma pessoa lábil, com dificuldade, imagina mais um peso,

mais uma dificuldade, mas gente como profissional de saúde tem que estar disponível pra todas perguntas, pra explicar, estudar um pouco pra poder saber e informar pra ela o que tem que fazer em relação ao companheiro dela..(E 12)

Em pleno centro urbano, onde temos a televisão falando, as novelas retratando a situação, ela se contamina com uma doença desse tipo e você percebe que ainda não chegou ao interior delas e se tocou..(E 11)

Porque do momento que ela esta com essa patologia em algum lugar errado ela entrou, quer dizer, as más companhias, os amiguinhos.(E 8)

O estigma não está na pessoa ou, na deficiência que ela possa apresentar. Em sentido inverso, são os valores culturais estabelecidos que permitem identificar quais são as estigmatizadas.(SILVA,2003)

Descrevemos que a estigmatização faz com que as desigualdades sociais pareçam razoáveis, ela cria uma hierarquia social entre os estigmatizados e os não estigmatizados, criando e reforçando, simultaneamente, a exclusão social.

Faz-se mister ressaltar que a enfermeira diante do problema de saúde das adolescentes deve modificar a sua percepção de agente receptor passivo do cuidado para agente ativo que participa do cuidado, logo, deve considerar a adolescente uma cliente de fato.

Contudo, a representação social construída sobre o cuidar da adolescente portadora do HIV , objetivou na palavra estigma, porque nas falas das enfermeiras ficou estabelecido que elas possuem no corpo uma marca que as distingue pejorativamente das outras pessoas. Observemos a fala abaixo:

Então eu acho que a gravidez na adolescência e ainda sendo soropositivo é uma situação delicada.(E 9).

Sabemos que o bom estado de saúde se dá na medida em que interagem satisfatoriamente com o ser humano e o meio ambiente. Os acontecimentos comportamentais da sociedade contemporânea revelam que vivemos em um contexto, em que grande parte dos problemas relacionados a saúde que prevalecem são bastante velhos. Os padrões científicos das doenças mudaram, mas muitas histórias de doenças estigmatizadas persistem, ocasionando a exclusão e injustiças sociais.

Percebemos que caracteristicamente, ignoramos que fazemos algumas exigências. Observou-se, que nem todos os atributos indesejáveis estão em questão, mas somente os que são incongruentes com o estereótipo que criamos, para a adolescente.

Baseados nessas preocupações, transformamos nosso cuidado em expectativas

normativas, em exigências apresentadas de forma rigorosa.

A partir disto, evidenciamos resultados que categorizamos como elementos afetivos que se dividiram em 2 (duas) subcategorias denominadas apoio familiar, sentimentos positivos e negativos:

Categoria 3: Elementos afetivos

Vale notar que tais resultados indicam tendências de investimentos afetivos, que induzem a práticas holísticas. Essa categoria foi composta pelas representações impalpáveis traduzidas nas falas.

A aliança terapêutica deve existir no vínculo profissional-paciente, como propulsora de um bom atendimento, e por mais aprimorada que seja, tenderá a ser inócua ou aleatória para uma boa relação, sendo necessária a atenção aos elementos que a compõem. A partir disto, o aparecimento de um processo trazido para o relacionamento atual, abrangendo a relação profissional-paciente, é denominado transferência e contra - transferência fazendo com que essa relação tenha expectativas e esperanças mútuas.

Por “transferência” entende-se uma das fases do relacionamento, apresentando como uma de suas características, o resgate para o sentimento atual proveniente de conflitos originários de relacionamentos com pessoas importantes. Fenômeno esse que pode resultar de ligações afetivas intensas, irracionais, que não podem ser explicadas com base em situações de vida atual. (SEVIRA,2002)

Segundo Balint apud Sevira (2002), já a contra - transferência designa os movimentos do profissional com relação ao seu paciente. A contra-transferência também pode ser positiva ou negativa e depende de inúmeros fatores, advindos tanto da situação social, apresentação e comportamento.

Subcategoria 1: Apoio familiar

Esta primeira subcategoria denominada segurança é destacada pelas enfermeiras entrevistadas, palavra que é “denominada estado ou condição de seguro e condição daquele em que se pode confiar”(FERREIRA, IN ZAMPIERI 2005)

Demonstramos que a segurança é descrita como ponto que não pode ser deixado de ser

desenvolvido como forma de cuidado, pois, nas falas das enfermeiras entrevistadas, ficou claro que a representação social construída sobre a adolescente portadora do HIV é baseada no imaginário social, de diferentes formas, encontrando povoado de idéias e imagens.

Fernandes (2007) descreve que a adolescência é considerada nas sociedades ocidentais, um momento ímpar do ciclo da vida, caracterizado pela mudança da auto-imagem e nas formas de interação social. Aponta como principais características a insegurança e inconseqüência. Destacamos nas falas das entrevistadas, essas características, vinculadas a esse período de ser adolescente - puérpera portadora do HIV.

Uma das enfermeiras entrevistadas descreveu que não existem oportunidades de acompanhar essa jovem durante o processo de internação e de pós-alta. Ela descreve a família como o alicerce do equilíbrio e conforto das adolescentes puérperas portadoras do HIV. Em todas estas situações descritas, as enfermeiras vêm a família como suporte real e concreto, da continuidade do tratamento, orientação e ajuda referente ao seu autocuidado e do recém-nascido. Observamos que o enfermeiro deve compartilhar das ações do cuidado na preservação da qualidade de vida das adolescentes, desenvolvendo um processo de integração à rede de apoio social às famílias existentes.

Porque você não tem como acompanhar, principalmente aqui, então ela nunca mais volta.. (E 1)

Eu acho que representa o caminho, porque a partir do momento em que ela está aqui e descobre o HIV, se a gente não der oportunidade ela se perde.(E10)

As adolescentes são muito inseguras, necessitam apoio da família.(E 7)

Eu acho que pela insegurança que a paciente sente,, primeiro por ser adolescente, segundo pelo HIV, por isso temos que ter cuidado. (E 6)

A adolescente deve participar, conversar com a família, vai ser a família o seu apoio..(E 8)

Subcategoria 2: Sentimentos positivos e negativos

Os sentimentos positivos apresentados pelas enfermeiras traduzem sentimentos intrínsecos do indivíduo, pois demonstram a essência de cada pessoa. O que motiva esses sentimentos é uma compulsão para ajudar. Esses sentimentos ativam um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda no sentido de promover o cuidado visando ao bem-

estar da cliente adolescente. Apresentamos algumas falas com tal pensamento:

Você tem compaixão de uma adolescente, tão nova já ter essa doença.(E 4)

Tem que ter muito carinho com essa criatura, seja lá o que ela passou, eu tenho certo carinho por ela.(E 1)

Para algumas das entrevistadas, precisamente nove destas ou seja, 85% do total, nas suas falas o sentimento negativo esteve presente, subsidiando sentimentos como lástima, preconceito, frustração, pena e discriminação, demonstrando que o portador do HIV, ainda é visto, como nos últimos vinte e cinco anos do aparecimento do vírus, e demonstram que as representações construídas sobre a doença, são permeadas por essas crenças e valores descritos. Influenciando na construção representações em que a adolescente puérpera é pessoa com pouco conhecimento das formas de contaminação do HIV, e sem preocupação de prevenção.

Dentre os sentimentos negativos descritos, o preconceito, do latim *praeconceptu*, seria o conceito, ou opinião, formado antecipadamente, sem ponderação ou conhecimento dos fatos, idéia preconcebida. Isso acaba fazendo com que as pessoas criem imagens que não existam, criem hipóteses a respeito de fatos não confirmados, gerando o preconceito.

Portanto, pode-se até ressaltar que há certa semelhança entre a história cultural do fenômeno HIV com o cuidado prestado à adolescente portadora do HIV, pelas enfermeiras entrevistadas, pois nas suas falas afirmam que não deixam de atender aos portadores do vírus HIV, em contrapartida os sentimentos positivos se misturam aos negativos, demonstrando falas repletas de assimetrias, dificultando uma ação direcionada à construção de uma identidade.

Necessário comentar que em nenhum momento os enfermeiros demonstram explicitamente consciência do preconceito, a não ser em algumas falas que, mesmo admitindo-o, tentam disfarçá-lo. Seguem as falas que demonstram esses sentimentos.

É lamentável ver a sociedade indo embora, você não sabe como vai ser o caminho dessa menina.(E 1)

Em pleno centro urbano, onde temos a televisão falando,você percebe que ainda não chegou no interior delas.(E11)

Não é só o adolescente, que opta pelo modo de não se prevenir, mas o adolescente é mais inconstante nisso.(E 7)

Começar a orientar ela e educá-la, porque no momento que tem essa

patologia em algum lugar errado ela entrou.(E 8)

Eu trabalho sem qualquer preconceito, tenho pena, porque não tiveram informação e não se cuidaram.(E 5)

É preciso ter muita paciência, saber como lidar com isso, evitar a discriminação, porque algumas vezes os profissionais já tem um certo preconceito de chegar até ela, com HIV muito mais, então ter cuidado para que isso não aconteça inclusive com a própria equipe(E 6).

O que nos faz refletir acerca da dificuldade de nos engajarmos em trabalhos que enfatizem o prejuízo que toda a humanidade acaba tendo, quando ainda existem sentimentos negativos que levam à postura preconceituosa, relacionadas a adolescentes portadoras do HIV ou qualquer outro indivíduo portador do vírus.

Wagner apud Oliveira (1998) apresenta, como exemplo, o pensamento popular, ideológico e científico, que se entrelaça no conhecimento popular, isto é a “concepção” nas sociedades. Traz o HIV como fenômeno, remete à maneira como esta doença é identificada na sociedade e como a mesma classifica os acontecimentos. A apreensão geral do HIV pela sociedade ainda se apresenta subjetivamente ancorada na discriminação, no preconceito e na frustração.

Dentro da subcategoria de sentimentos também estão os descritos como negativos, como a frustração, expressados pelas enfermeiras, que dizem não terem condições de oferecer um atendimento de qualidade, o que novamente expõe os limites atuais do modelo assistencial em saúde. Como por exemplo:

Você tem que lamentar, porque você é servidora pública, num hospital onde você não tem muito a oferecer, você oferece o básico, tentando dar um pouquinho mais, e talvez não chegue a lugar nenhum.(E 2)

Na categoria *sentimentos negativos*, as enfermeiras tornam suas ações do cuidado imprecisas e incompletas. Pensar na forma de cuidar sem acreditar na sua função e objetivo, leva a uma postura conformista que impede as enfermeiras de cuidar com melhor qualidade de vida para a adolescente.

A cultura de cada sociedade institui uma moral, isto é, valores concernentes ao bem e ao mal, ao permitido e ao proibido, e à conduta correta, válidos para todos os seus membros. Nossos sentimentos, nossas condutas, nossos comportamentos são modelados pelas condições em que vivemos. Somos formados pelos costumes de nossa sociedade, que nos educa para respeitarmos e reproduzirmos os valores propostos por ela como bons e, portanto, como obrigações e deveres (CHAUÍ,1995).

5. CONCLUSÃO

Sentimos que seria conveniente iniciar a conclusão do estudo das representações sociais da prática do cuidado de enfermagem prestado às adolescentes puérperas portadoras do HIV invertendo a questão e examinando a nossa própria crença, na impressão da realidade que se tenta dar àqueles entre os quais nos encontramos. Com isso, colocamos nossa própria visão de objetivação e ancoragem do nosso objeto de estudo.

Declaramos e acreditamos desde o início, que mesmo com a evolução para incorporação social da gravidez na adolescência, julgamos que a maternidade precoce não seja a opção adequada para a adolescente que ainda não consolidou sua inserção psicossocial e a sua independência. Sendo as RS essencialmente dinâmicas, reconhecemos que a nossa representação se transformou à medida que circulou para além de seu contexto pessoal de produção.

Entretanto, a construção desse estudo em todo seu trajeto teve como meta contribuir para a melhoria da qualidade da atenção a ser prestada à adolescente puérpera portadora do HIV, e com isso contribuir para que a jovem viva mais plenamente sua vida e se realize mais profundamente, mais intensamente como ser humano.

Com a identificação das RS construídas pelas enfermeiras do estudo juntamente com sua compreensão, que se deram a partir do entendimento das enfermeiras, quando relacionadas com as necessidades básicas da adolescente e suas inter-relações com o mundo, podendo explicar assim as conseqüências das mesmas no cuidado prestado.

As mudanças que se fazem necessárias dependem, em grande parte, da capacidade transformadora de nós, profissionais de saúde. Ressalta-se a necessidade do desenvolvimento de saberes, competências, hábitos e atitudes que fundamentem uma compreensão crítica acerca das inovações do conhecimento e de sua incorporação à prática, sobretudo que tornem a prática o principal ponto de referência da produção e também da apropriação de novos conhecimentos.

Investigar a temática é aproximar-se na área da sexualidade e da reprodução na adolescência, o que significa discutir preconceitos e estereótipos arraigados e repensar possibilidades da adoção de outros valores apoiando a adolescente na construção da sua autonomia. Somando-se a isso, um estudo voltado para esta população, é capaz de sensibilizar

e capacitar profissionais enfermeiros que possam contribuir para que adolescentes se tornem sujeitos de direitos e deveres em nossa sociedade, e, com isso, possam proporcionar bem-estar e melhores condições de desenvolvimento pessoal e familiar.

As representações sociais encontradas a partir do objeto de estudo, podem servir de instrumento para que os profissionais de saúde, em especial as enfermeiras, vejam a si mesmas de maneira diferente, podendo fazer com que questionem e até mesmo revisem a compreensão que possuíam a respeito das crenças, das atitudes que constituem o mundo social e, como consequência disto, alterar a compreensão de si mesmas e dos outros.

Os dilemas afetivos, profissionais e individuais encontrados nos resultados do estudo, enfrentados pelas enfermeiras, construíram as representações do cuidar da adolescente portadora do HIV. Vemos que decorrem desde a própria organização da assistência de saúde à gestante no pré-natal até as dificuldades destas em compreender, assimilar e implementar atividades educativas ao grupo assistencial partindo dos pressupostos dos programas de assistência integral à saúde da mulher.

Espera-se que esta pesquisa possa servir de auxílio, no sentido de repensar o cuidado à adolescente portadora do HIV sob novo enfoque, a fim de que os enfermeiros consigam observar a si mesmos, suas crenças, conceitos e preconceitos, tornando suas práticas mais solidárias e emancipadoras.

Propomos que as reflexões sobre essa temática devem ser iniciadas em amplos setores da sociedade e devendo ter continuidade nas universidades.

O simples tematizar dessas questões, tal como ocorreu na experiência aqui discutida, já abre caminhos para um diálogo mais efetivo entre os objetos e procedimentos próprios, e os significados que estes adquirem no viver cotidiano da adolescente.

Vimos que a complexidade e a dificuldade da tarefa frequentemente assustam, resultando em imobilismo ou sensação de impotência, sendo mais fácil a acomodação no já conhecido.

Tais mudanças precisam estar fortemente vinculadas a reformas no aparelho formador dos profissionais de saúde, no sentido de viabilizar para que essas discussões sejam mais ampliadas e direcionadas à saúde da mulher, tendo como foco as relações entre a saúde e as desigualdades sociais e de gênero, relacionadas ao processo saúde-doença e que estejam incluídas tanto na graduação e pós-graduação, quando no nível médio, e principalmente, nas oportunidades de capacitação profissional daqueles que já estão no mercado de trabalho.

Destacamos, de acordo com nossa convicção, que este estudo pode trazer muitas contribuições para os estudiosos sobre o cuidado oferecido aos indivíduos portadores do

HIV, chamando a atenção para essa parcela da população também acometida pela doença, que são as adolescentes. A contribuição para a profissão de enfermagem e para os profissionais que nela atuam é o núcleo deste estudo, pois concluímos que por mais esforçados que se mostrem, disponíveis para o atendimento ao portador do HIV, as enfermeiras não se dão conta de que, implícitas e implicadas em suas práticas profissionais, estão presentes representações sociais que podem, muitas vezes vir a prejudicar ou, ao mesmo tempo, limitar a eficiência de suas ações.

Vimos pois, nos resultados do estudo, que prevaleceu as representações sociais construídas pelas enfermeiras, baseadas na cliente adolescente grávida, independente dela estar puérpera e soropositiva, quer dizer, as RS são ancoradas principalmente nos pensamentos reais, pois ela proporciona ao indivíduo um apoderamento nas suas ações.

Foi nosso propósito levar as enfermeiras a irem mais a fundo na compreensão de suas práticas profissionais, ampliando sua visão diante do fenômeno, e na medida do possível possibilitá-las a evitar conseqüências. Acredito que as mesmas não gostariam que estivessem presentes. Portanto, a temática do presente estudo, a representação do enfermeiro sobre a adolescente puérpera portadora do HIV pode mostrar como, muitas vezes, a prática desses profissionais pode servir para criar ou reproduzir relações que possibilitem um verdadeiro trabalho libertador e solidário junto aos portadores do vírus HIV.

O estudo traz como contribuição, também, a demonstração de uma pequena parcela da intersecção encontrada no dial da política de saúde pública oferecida à saúde da mulher adolescente portadora de DST/HIV, aduzindo à desumanização e a desqualificação das práticas de atenção a saúde integral.

Entendemos que, a partir desse panorama, seja necessário que o profissional enfermeiro desenvolva na sua prática do cuidado, uma escuta aberta, sem julgamentos, sem preconceitos, através de um diálogo franco, um ouvir autêntico, escutando também o não - dito e a presença genuína e sensível dos profissionais.

É pertinente, portanto, retomar a discussão sobre as políticas e modelos assistenciais em saúde relacionadas às mulheres adolescentes portadoras do HIV. Enfim, as barreiras na abordagem dos temas ligados à saúde sexual reprodutiva das mulheres precisam ser transpostas pelos profissionais de saúde, em especial as enfermeiras, o que novamente traz à tona, a necessidade de investimentos na qualificação dos recursos humanos, o que nos remete para a questão política de saúde.

O estudo tem a perspectiva de apresentar as representações sociais construídas na realidade das práticas e do modelo assistencial vigente, para formar uma postura

transformadora que se objetive em novas práticas, tanto pontual como articulada, sendo uma mola propulsora para a transformação dos elementos que participam diretamente com o cuidado e aqueles que dão suporte a este.

Nossa convicção é quanto à enfermagem como profissão de auxílio, que se efetiva em atos de cuidar, que tem um conhecimento ainda em construção, mas que nos impele a buscar mais explicação, mais argumentos e mais resultados.

Por último, afirmamos a necessidade da integração entre os conhecimentos genéricos e profissionais. Buscando sensibilizar a enfermagem, assumindo a assertiva de que uma pesquisa nunca se encerra em si e por isso, há urgência emergente de complementar, revisar , atualizar , comparar os achados com novos enfoques de estudo.

REFERÊNCIAS :

- BALIENT,M.In:SEVIRA.F.N.M **Relação profissional-paciente**: Subsídios para profissionais de saúde. Jornal de Psiquiatria on line 2002.
www.priory/psycho/sevira.htm.Acesso em 20 outubro.2006
- BARBOSA, R.H.S. **Mulheres, reprodução e AIDS**: As tramas de ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2001. [Tese Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed.70, 2004.
- BRASIL, **Estatuto da Criança e do Adolescente**.1990. Disponível em: <http://www.rebedia.org.br>. Acesso em: 10 Abril 2001.
- BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS).AIDS: Boletim Epidemiológico. Programa Nacional de DST/AIDS. In: **Semana Epidemiológica**, Brasília, ano XI, n.3, 1998b. Disponível em <http://www.AIDS.gov.br/udtv>. Acesso em: março de 2005.
- _____. .Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher: Parto, aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à mulher,.Brasília, DF .2001. 199p
- _____. Programa Saúde do Adolescente.Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde Bases Programáticas. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. Brasília. Novembro,1998.
- _____: **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades- referência para mulheres que não podem amamentar**; Brasília, DF. 2005.
- BOFF..L: **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra.Petrópolis,Rio de Janeiro: Ed.Vozes, 2003
- CARNEY, J.S. Understanding the implications of HIV disease. In: **Women. Family Journal** 11(1), 84-88, 2003.
- CHAUI, M. **Convite à filosofia** . São Paulo.Ed Ática.1995

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Código Deontológico de Enfermagem. Rio de Janeiro. 1999.

COSTA, S.M.S. **Vivendo com AIDS e enfrentando a violência: a experiência das adolescentes**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000. 103p [Tese de Mestrado Escola Nacional de Saúde Pública].

COSTA, M.C.O e SOUZA, R.P. **Adolescência**. Aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre. Artmed Editora, 2002

FERNANDES, A.R.Q e ZANON, N: **Enfermagem e a saúde da mulher**. Editora Manole São Paulo. 2007

FERREIRA, M in ZAMPIERI, M.F. **Enfermagem na Atenção primária à saúde da mulher**. Textos fundamentais Volume II. Florianópolis UFSC/NFR. 2005

FIGUEIREDO, M.A.C. **Estudo de representações sobre AIDS em pacientes, para a formação profissional visando grupos de suporte para pessoas contaminadas pelo HIV, sintomáticas ou não. Relatório de pesquisa**. Encaminhado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Dep. de Psicologia. USP. 2000.

FLEURY, M.T.L: O desvendar a cultura de uma Organização- uma discussão Metológica. In: **Cultura e Poder nas Organizações**. 2ºed. São Paulo. Atlas, 1996.

FREITAS, R.A.M.M: Sociedade Contemporânea, conhecimento em saúde e em Enfermagem: Desafios para a formação profissional. **Revista da Universidade Católica de Goiás**. Ed. da UCG. Vol.29n.5p.1159-1194. set/out.2002. Goiás.

GOFFMAN, E. **Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Ed. Livros Técnicos e Científicos. Editora S.A. Rio de Janeiro. 2002

----- **Representação do Eu na Vida Cotidiana**. Ed. Vozes. Petrópolis. 12ª edição 2004

GUSMAN, C.R. CANO, M.A.T O adolescente e a hospitalização .In: Revista eletrônica de Enfermagem (Online), Goiânia, v.2, n.3, jul-dez/2000. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: Março de 2005.

HEILBORN, Maria Luiza. Gravidez na adolescência: Considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: **Seminário Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro, 1998.

HEIDEGGER, M. in WALDOW, V .R. **O cuidado na saúde**. As relações entre o eu o outro e o cosmos. Ed. Vozes. Petrópolis. Rio de Janeiro, 2004

IBGE. **Indicadores Sociais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro, 2000.

INFO DROGAS: www.imesc.sp.gov. Acesso em: Outubro,2005

JODELET, D. Representação Social: Fenômenos, conceito e Teoria.In: Moscovici,S(org) Psychologie Sociale. Tradução de Marcelo Saldanha da Gama. Revisão de Celso Sá e Marisa Viale.Paris: P.U.F,1984. P.41.

JODELET, D. **As representações Sociais**. Rio de Janeiro. Ed.UERJ.2001.420p

JOFFE,H. Eu não, o meu grupo não. Representações Sociais transculturais da AIDS. In:GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH,S.(orgs). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes,1995.

JOVCHELOVITCH,S. in .AVI.G.D.S. **Informações técnica não basta**: As Representações Sociais da Aids em profissionais de saúde.Porto Alegre. RS.2000. Dissertação de Mestrado.

MADEIRA,M.C.Apresentação:In:JODELET,D.eMADEIRA,M.C(orgs). AIDS.Representações Sociais à busca de sentidos.Natal: EDUFRN,1998.

MARIN, H.F.PAIVA.M.S; BARROS,S. M. O: **AIDS e Enfermagem Obstetrícia**. Ed. Pedagógica e Universitária.EPU, São Paulo,1991.

MARQUES,G.S: **O auxiliar de Enfermagem com Curso de Graduação: repercussões no cuidar de enfermagem** .Dissertação de Mestrado.UERJ.2000.90p.

MACHADO,M.V.P; ZAGONEL,I.P.S: **Processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno**. Recorte da Dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada "A transição do ser adolescente puerpera ao papel materno sob enfoque do cuidado de enfermagem. Universidade Federal do Paraná .Curitiba .Paraná. 2004. [Artigo]. Disponível em http: // www.google.br. Acesso em Dezembro de 2005.

MESSIAS,C.M.:**O atendimento prestado a um grupo de adolescentes grávidas, realizado em uma Maternidade Pública da cidade do Rio de Janeiro**: UERJ.2001. [Monografia]

MIRANDA, F.A.N. **Representações Sociais da Atuação do Enfermeiro Psiquiátrico no cotidiano - Psicologia: Teoria e Prática.** [S.l]: Especial, 2004.

MONTEIRO,S. AIDS, **Sexualidade e Gênero: a lógica da proteção entre jovens de um bairro popular carioca.** 1999. 186f. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA.D.C: **Estudos interdisciplinares de representação social:** Goiânia.Ed:AB,1998.p328

MOSCOVICI, S. **A Representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

OLIVEIRA.D.C : **Estudos Interdisciplinares de Representação Social .Ed.Cultura e Qualidade** 1998.p.328

OLIVEIRA.D.L e col: **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula** Ed.da UFRGS, Porto Alegre,2005

OMS. **Aspectos Sociais da AIDS - A saúde no mundo.** Março, 1998, p. 17-18.

ONUSIDA. **Programa Conjunto de Las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA,** Junio/2004.

PAN AMERICAM HEALTH ORGANIZATION (OPS). News Release, World AIDS Day Statement. In: **Regional Office for the Americas World Health Organization,** Washington,1998.

PARKER, R.; GALVÃO J. et al. **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil.** Rio de Janeiro: ABIA, 1999

PARKER,R& CAMARGO.J,K.Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos.**Cadernos de Saúde Pública,** 16(supl.1):89-102,2 PRAÇA, N. S. Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV. 3 (1); 61-74, jan - mar.Recife, 2003

PINHEIRO.P.N.C.e col. O cuidado humano: Reflexão ética acerca dos portadores do HIVAIDS.**Revista Latino americana de Enfermagem.**Julho-agosto; 13(4):569-75.2005

ROSA in SPINK, M.J. (org). **O conhecimento no cotidiano:** as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SÁ, C. P. **A construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais.** Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SALES,Z.N.**Representações Sociais do cuidado no Diabetes Melitus.**[Tese] Fortaleza. Universidade Federal do Ceará;2003.

SEVIRA.F.N.M.Relação profissional-paciente: Subsídios para profissionais de saúde.**Jprnal de Psiquiatria on line.**2002.www.priory/psycho/sevira.htm.Acesso em 20 de outubro,2006.

SERAFIM,D;CAETANO,L.C;BERNI,N.I.O.Atuação da Enfermeira Obstetra junto à gestante adolescente.**Acta Paul.Enf**, São Paulo, 4(1):11-16,mar.1991.

SILVA, L.R. **Cuidado de Enfermagem na Dimensão Cultural e Social – História de vida de Mães com Sífilis.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2003. [Tese de Doutorado Escola de Enfermagem Ana Nery]

SILVA,G.B. **Enfermagem Profissional:** Análise crítica.2ed.São Paulo: Cortez,1989.143p.

.TEDESCO, J.J. et.al.Obstetrícia Psicossomática.São Paulo: Atheneu,1997.

THIENGO, M. A. et. al. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. In: **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo**, 2005.

VALA, J & MONTEIRO, M. B. **Psicologia Social.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.

VALA,J.Análise do conteúdo. In: Santos, Augusto PINTO.J.M (org). **Metodologia das ciências sociais.** Porto Alegre. RS. Apontamento. 2001

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das Representações Sociais. In: ARRUDA, A. et al (org). **Representando a Alteridade.** Petrópolis: Vozes, 1998.

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato,1999.

.....**Cuidar a expressão humanizadora da enfermagem.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed.Vozes.2006

WERBER,M. in MINAYO, M.C.S **O desafio do Conhecimento.Pesquisa Qualitativa em saúde.** Hucitec-Abrasco. Rio de Janeiro –São Paulo. 1992.

ZANI&PALMORI in GAUDIO.E.V. **Representação Social** Uma teoria em construção. Artigo. Espírito Santo. 2005.Disponível.http.www.neaad.ufes.brsubsitepsicologia.Acesso e

julho de 2006

ZAMPIERI.M.F.e col: **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**. Textos fundamentais. Série atenção..Volume: 2 . Florianópolis: UFSC/NFR . 2005.514p

ZIEGUEL, E E. & CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica**. 8ed. Rio de Janeiro, 1985

ZUGAIB.M: **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo. Ed. Atheneu, 1998.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é CLÁUDIA MARIA MESSIAS, mestranda do Programa de Pós-Graduação - Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “O ENFERMEIRO FRENTE ÀS ADOLESCENTES PUÉRPERAS PORTADORAS DO HIV: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PRÁTICA DO CUIDADO”.

Gostaria de contar com sua participação através de entrevistas, que poderão ser gravadas a respeito da temática. As informações fornecidas serão utilizadas na minha dissertação de mestrado, bem como publicação dos mesmos em livros, periódicos ou divulgação em eventos científicos de enfermagem e outros da área de saúde. Terá ainda a segurança de que sua identidade não será divulgada e que se manterá em segredo suas informações.

Outras formas de contato: email cmessias@hotmail.com tel:22753339 e Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde localizada na Rua Afonso Cavalcanti, n/455 sala 601- Cidade Nova e tel: 22935549.

Rio de Janeiro, Agosto 2006.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADO**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Tempo de Trabalho em Maternidade:

QUESTÕES:

1-.O que representa para você cuidar da cliente adolescente puérpera HIV?

