

Representações sociais das atividades da enfermagem junto aos pacientes soropositivos: caracterizando ações e atores sociais

Social Representations about nursing care for seropositive patients: characterizing actions and social actors

Representaciones sociales de las actividades de enfermería con pacientes portadores de SIDA: las acciones y los actores sociales

Antonio Marcos Tosoli Gomes^I, Priscila Cristina da Silva Thiengo^{II}, Caroline Tavares da Anunciação^{III},
Denize Cristina de Oliveira^{IV}, Célia Caldeira Fonseca Kestenberg^V

RESUMO

Este trabalho objetiva identificar as representações sociais das atividades que compõem o cuidado de Enfermagem e os atores sociais que as desenvolvem. Estudo qualitativo, fundamentado nas Representações Sociais desenvolvido com 20 indivíduos que convivem com HIV/AIDS em um hospital do Rio de Janeiro, no período de fevereiro a maio de 2009. Os dados foram coletados a partir de entrevistas e avaliados pela análise de conteúdo. Vislumbramos as seguintes temáticas: realização da higiene diária; implementação da prescrição farmacológica; aferição dos sinais vitais; instalação da soroterapia; alimentação do paciente e sua mobilização; rotina mecanizada e execução dos cuidados pelos técnicos. Dentre elas, o fato notório nos relatos é o desconhecimento da figura do enfermeiro. Sendo assim, concluímos que os pacientes reconhecem que os técnicos de enfermagem executam a maioria dos cuidados, e desconhecem as atividades privativas que competem ao enfermeiro.

Descritores: Enfermagem; Doenças Transmissíveis; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This study aims to identify the social representations of activities that comprise the nursing care and social actors who develop them. Qualitative study, based on Social Representations developed with 20 individuals living with HIV/AIDS in a hospital in Rio de Janeiro from February to May 2009. Data were collected from interviews and evaluated by content analysis. We observe the following themes: realization of daily hygiene, implementation of the prescription drug, measurement of vital signs, installation of serum therapy, the patient's nutrition and mobilization; routine mechanical and delivery of care by the technicians. Among these, a well-known fact in the speeches is the unknown of the nurses presence. Thus, we conclude that patients recognize that the practical nurses perform the majority of the nursing care, and ignore the private activities that compete for the nurse.

Descriptors: Nursing; Communicable Diseases; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Qualitative Research.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo identificar las representaciones sociales de las actividades que componen el cuidado de enfermería y agentes sociales que los desarrollan. Estudio cualitativo, basada en las representaciones sociales desarrollados con 20 personas que viven con el VIH/SIDA en un hospital de Río de Janeiro en el período de febrero a mayo de 2009. Los datos fueron obtenidos de entrevistas y evaluados por análisis de contenido. Vemos los siguientes temas: realización de la higiene diaria, la aplicación de las recetas médicas, medición de signos vitales, la instalación de la terapia del suero, la nutrición del paciente y la movilización; rutina mecánica y la prestación de la atención de los técnicos. Entre ellos, llama la atención la ignorancia de los participantes del papel de la enfermera. Así, se concluye que los pacientes reconocen que los enfermeros prácticos realizan la mayoría de los cuidados pero no reconocen las actividades exclusivas que compiten a los enfermeros.

Descriptores: Enfermería; Enfermedades Transmisibles; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Investigación Cualitativa.

^I Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: mtosoli@gmail.com.

^{II} Enfermeira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: pris.anjinho@gmail.com.

^{III} Enfermeira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: carolcta@yahoo.com.br.

^{IV} Enfermeira, Doutora em Saúde Pública, Professor Titular, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: dcouerj@gmail.com.

^V Enfermeira, Doutora em Psicologia Social, Professor Titular, Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: eliakestenberg@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença infecciosa que ocasiona complexa e dinâmica epidemia, caracterizada por profundas mudanças ao longo do tempo, sobretudo, no referente às categorias de exposição e evolução de uma série de respostas políticas e sociais, para prevenção, controle e tratamento da doença. No Brasil, de 1980 até junho de 2010, contabilizam 592.914 casos registrados. Apenas em 2009 foram notificados 38.538 casos da doença. A faixa etária em que a Aids é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 20 a 59 anos de idade⁽¹⁾. Destaca-se que há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1989, a razão de sexos era de cerca de seis casos de aids no sexo masculino para cada caso no sexo feminino. Em 2009, chegou a 1,6 casos em homens para cada um em mulheres⁽¹⁾.

Tendo em vista que o cuidar de pessoas com a Aids passa a fazer parte do dia-a-dia de muitos profissionais da área da saúde, torna-se necessário resgatar a verdadeira essência desse cuidado para possibilitar maior interação entre os seres humanos. É preciso que exista a solidariedade, qualidade essencial para se enxergar as necessidades do outro, principalmente se esse é portador de uma doença marcada negativamente em sua história científico-sanitária, e permanece, ainda hoje, com aspectos enraizados no processo de estigmatização e de discriminação⁽²⁾.

Ressalta-se a complexidade de se cuidar de pacientes com HIV/Aids, tendo em vista o temor do contágio e o foco centrado na autopreservação da vida, chegando, muitas vezes, à falta de cuidado em si, o que gera situações de abandono, da realização de testagem sorológica anti-HIV sem consentimento, de violações à privacidade individual e de negação ao acesso a hospitais e medicamentos em diferentes países e culturas por todo o mundo⁽²⁾.

Além disto, o impacto da infecção pelo HIV pode gerar mudanças em diversas áreas na vida das pessoas, alterando o ritmo e a direção do processo de viver, incluindo os aspectos físicos, sociais e emocionais, tais como: a persistência e a necessidade de certo nível de cuidados permanentes, o impacto causado por seu diagnóstico no seio familiar, a atenção com relação a ações e atitudes para encobrir o estado de soropositividade e a exposição social dos indivíduos e as conseqüências econômicas e sociais, ameaçando recursos pessoais, familiares e públicos⁽³⁾.

Tendo em vista as situações do cotidiano, percebe-se que a falta de cuidado e o cuidado incorreto são agravos à pessoa humana e estão diretamente relacionadas à falta de ética, tendo em vista que, quando se refere ao sentido dessa palavra, pode-se fazer uma analogia com o cuidado de si e do outro⁽²⁾. No que tange à enfermagem, compreende-se que o cuidado apresenta-se como um eixo estruturador de sua prática social e identitária, dando concretude à sua essência e gerando tecnologias que influenciam diretamente na produção e no consumo de bens de saúde⁽²⁻⁴⁾.

Portanto, o cuidado e o descuido apresentam-se como possibilidades no desenvolvimento das ações dos enfermeiros e de sua equipe na cotidianidade institucional, determinando alterações no desenvolvimento do processo saúde doença dos clientes que estão sob sua responsabilidade. Ao mesmo tempo, destaca-se que o cuidado e o descuido tomam corpo na realização de atividades profissionais e relacionais com determinados atores sociais e no contexto de instituições específicas, o que confere, a eles, características sociais, culturais, éticas e normativas.

Este estudo faz parte de um projeto integrado financiado pelo CNPq, intitulado "Análise do Cuidado de Enfermagem no Contexto do HIV/Aids: Representações Sociais e memórias de enfermeiros e portadores nos 25 anos da síndrome" desenvolvido no âmbito do Grupo de Pesquisa "A Promoção da Saúde de Grupos Populacionais" do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

O interesse por este assunto surgiu após a aproximação com esta clientela durante a graduação em enfermagem e por meio da busca por literatura sobre a epidemia do HIV e/ou da Aids. Houve então, a percepção da interferência da estigmatização e do processo de discriminação nas dimensões sociais, psicológicas, econômicas, culturais, éticas e patológicas dos indivíduos convivendo com HIV/Aids, assim como na implementação da assistência prestada a esses pacientes e aos seus familiares.

Ao cuidarmos do outro estamos realizando não somente uma ação técnica, como também sensível, que envolve o contato entre humanos através do toque, do olhar, do ouvir, do olfato e da fala, conjugando assim a integridade física e emocional nesse processo de troca entre cuidador e ser cuidado⁽⁴⁾. Entretanto, desde a sua institucionalização como prática profissional, a Enfermagem apresenta uma divisão técnica e social do

trabalho, sendo constituída atualmente de auxiliares, técnicos e enfermeiros.

A partir disso, entendemos ser necessário que os profissionais de enfermagem estejam adequadamente capacitados para realizar uma abordagem humanizada no cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids. Assim, objetivamos identificar as representações sociais das atividades que compõem o cuidado de Enfermagem e os atores sociais que as desenvolvem.

No contexto do cuidado aos pacientes soropositivos para o HIV, compreendemos que, no início da epidemia, a enfermagem centrou-se no processo de acolhimento e de amenização do sofrimento, uma vez que não existia uma terapêutica biomédica estabelecida que pudesse oferecer resolutividade à sua situação. Neste sentido, o cuidado não incluía, em sua concretização, a possibilidade de cura, mas se dava em meio à constante possibilidade da morte e também ao medo de acidentes ocupacionais que pudessem expor o enfermeiro e sua equipe a uma doença ainda não completamente entendida⁽⁵⁾. Esta forma específica assumida pelo cuidado nos primórdios da síndrome tem relevância à mediada que, na vivência dos profissionais que cuidaram e cuidam desses indivíduos, conclui-se que, no processo de curar, o cuidado está presente, mas a prática de enfermagem indicou que nem sempre a cura é inerente ao processo de cuidar⁽⁶⁾.

No que tange aos pacientes HIV/Aids, desde o início, o cuidado de enfermagem não procurou a cura dos pacientes em si, mas o cuidado de suas necessidades humanas básicas, apesar de todas as sombras que permeavam a atividade profissional, como o desconhecimento, o preconceito e o medo. Ao mesmo tempo, a terapia farmacológica era restrita e os antirretrovirais surgiram na primeira metade da década de 90, o que fazia com que a ciência médica ficasse limitada ao tratamento das doenças oportunistas e ao estímulo de seu sistema imunológico, de modo que fosse garantida a continuidade de sua existência.

No âmbito hospitalar e, mais especificamente, no cuidado ao paciente soropositivo, o cuidado de enfermagem se concretiza na satisfação das distintas necessidades básicas afetadas pelas doenças oportunistas apresentadas pelos pacientes. Aquelas relacionadas à higiene, eliminações, hidroeletrólíticas e nutrição são as mais prementes, até que os mesmos possam realizar o autocuidado. Além de estar atento às necessidades expostas, o enfermeiro, enquanto cuidador vê-se diante de outro ser que necessita cuidados e que, ao mesmo tempo, tem a obrigação de estimular a sua

independência. Isto significa dizer que este profissional deve utilizar sua sensibilidade e suas características para satisfazer as necessidades dos pacientes, sem estimular a dependência ou impedir o desenvolvimento de criatividade e de alternativas elaboradas pelos soropositivos.

O cuidado de enfermagem objetiva, em que pese às dificuldades práticas para a sua execução, instrumentalizar os portadores do HIV/Aids para a melhoria do seu nível de saúde e na conquista de direitos imprescindíveis à sua existência, como acesso à tecnologia em saúde e à dignidade da existência, apesar do preconceito e da discriminação. Percebemos, então, que os enfermeiros em sua atividade enfrentam de diversas maneiras, inúmeros desafios quando cuidam dos pacientes portadores do HIV. Este cuidado, inicialmente, necessita ter a proposta de recuperar a singularidade e a subjetividade deste indivíduo, potencializando os seus desejos e os seus direitos, em meio às possibilidades oriundas do estágio de seu processo saúde-doença. Ao mesmo tempo, necessita estimulá-lo a assumir a sua condição de ser em frente ao sistema de saúde, alcançando o necessário à sua existência e à sua dignidade.

Quanto ao referencial teórico adotado, o termo representação social engloba os fenômenos presentes no cotidiano dos grupos sociais, tem suas raízes nos conceitos elaborados pelo senso comum, nas interações contínuas e na objetivação realizada por cada grupo, e se concretiza num campo específico de conhecimento, a partir dos pressupostos teóricos de Serge Moscovici, no contexto da psicologia social. Assim, os fenômenos de representação social estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais e, portanto, são difusos, multifacetados e em constante movimento e interação social⁽⁷⁾. As opiniões verbalizadas, as atitudes e os julgamentos individuais e coletivos são os materiais fundamentais de estudo das representações sociais, corporificando um olhar consensual sobre a realidade⁽⁸⁾.

As representações sociais têm como fundamento o indivíduo e os grupos sociais e só podem ser construídas a partir dos mesmos, enquanto esses grupos vivenciam a tensão entre sua objetividade e a subjetividade, vivência esta contextualizada num determinado meio histórico e social. Neste sentido, destaca-se que uma representação social é sempre de alguém e de alguma coisa. Conseqüentemente, a teoria não possui como essência a neutralidade, pois considera, em seu contexto, tanto os comportamentos individuais e as motivações subjacentes

aos mesmos, quanto o meio social, suas instituições e práticas, inseridos dentro da concretude histórica e da singularidade própria⁽⁶⁾.

As representações sociais fornecem uma impressão da topografia mental de várias culturas e sociedades modernas, possuindo um conjunto coletivo de conhecimentos e atitudes, compartilhando e baseando-se em crenças, imagens, metáforas e símbolos⁽⁹⁾. Para o mesmo autor, este conteúdo é mentalmente estruturado, abarcando as dimensões cognitiva, afetiva, avaliativa e simbólica acerca dos fenômenos já comentados. Ao mesmo tempo, a representação é resultante de um processo coletivo e público de criação, elaboração e difusão de conhecimentos no grupo social.

A representação social caracteriza-se por ser uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada que possui uma orientação prática e concorre para a construção de uma realidade comum. Ela é, ainda, designada como saber de senso comum ou saber ingênuo⁽¹⁰⁾. Outro autor⁽¹¹⁾ ainda considera que, por representações sociais, indicam-se um conjunto de explicações, conceitos, imagens e afirmações que se originam na vida diária e no curso de comunicações interindividuais. Portanto, representar é um processo ativo ou, mais especificamente, uma reconstrução do dado ou do objeto dentro da noção de valores e do contexto de reações, regras e associações. Representar é, portanto, um processo de classificação e de nomeação estabelecendo relações entre categorias e rótulos. Por fim, as representações sociais possuem elementos afetivos, mentais e sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação e ainda se considera as relações sociais e a realidade material, social e ideal⁽¹¹⁾.

Para os indivíduos/grupos, as representações sociais possuem basicamente quatro funções: a de saber, que consiste em compreender e explicar a realidade; identitária, constituindo a identidade própria do indivíduo/grupo, ao mesmo tempo em que protege suas especificidades; de orientação, ao guiar os comportamentos específicos e suas práticas; e de justificação, fornecendo o *background* para as tomadas de posição e para os comportamentos⁽¹²⁾.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, descritiva e fundamentada na Teoria das Representações Sociais, como exposta na seção anterior. Os estudos descritivos têm por finalidade observar, descrever e documentar os aspectos de uma determinada situação, sem a preocupação de realização de alguma intervenção em seu contexto⁽¹³⁾.

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital universitário da rede pública de saúde, situado no município do Rio de Janeiro, no período compreendido entre os meses de fevereiro a maio de 2009. Os sujeitos do estudo foram 20 pacientes portadores de HIV/aids internados nas enfermarias de Doenças Infecto-Contagiosas (DIP) e de clínica médica do hospital supracitado. O critério para a conformação dos sujeitos caracterizou-se no aspecto do voluntariado; ter idade superior a 18 anos; aceitar que a entrevista fosse gravada; estar em condições físicas e mentais para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responder às entrevistas. Foram excluídos os pacientes que possuíam algum grau de deficiência mental ou física que impossibilitasse a captação da entrevista, bem como aqueles com diagnóstico há menos de um ano, uma vez que consideramos que o fator tempo seria imprescindível para vivências de cuidado entre o cuidador e o ser cuidado.

A técnica selecionada para a coleta dos depoimentos foi a entrevista semi-estruturada, cujo roteiro teve como temáticas as representações e as memórias sobre cuidado de Enfermagem e a cotidianidade dos antirretrovirais. No caso da primeira, abarcaram-se itens como a descrição do cuidado de enfermagem, a percepção, imagens, sentimentos e atitudes dos pacientes acerca do mesmo, o processo de educação em saúde vivido na instituição, o relacionamento entre profissionais e pacientes e as ações profissionais direcionadas aos familiares, entre outros. No que tange ao segundo, as facilidades e dificuldades para o uso dos antirretrovirais, a participação dos profissionais na adesão ao tratamento, o conhecimento dos sujeitos acerca dos efeitos do medicamento e sua posologia e a descrição do início do tratamento comparando com os dias atuais, por exemplo. Antes de realizar as entrevistas, foi solicitado a permissão de uso das informações contidas nas entrevistas e de gravá-las em fita magnética, assegurando o anonimato dos sujeitos. Portanto, ao transcrever as entrevistas, procurou-se preservar as identidades dos sujeitos usando apenas as iniciais de seus nomes.

Ressaltamos que todos foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido com base na Resolução no 196/96, que institui as Normas de Pesquisa em Saúde, as quais têm aplicação em todo o território nacional, regulamentando as pesquisas com seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto da

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, obtendo o Parecer de número 2324.

Para a análise das informações, empregamos a Técnica da Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin⁽¹⁴⁾, que consiste em um processo pelo qual o material empírico (frase ou palavra chave) é transformado sistematicamente e agregado em unidades menores que permitem a descrição exata das características pertinentes ao conteúdo. Todos os fragmentos de discursos dos sujeitos foram recortados em Unidades de Registro (UR) que deram origem aos temas. Em seguida, estes temas foram reagrupados de modo a formar as categorias⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conjunto da análise gerou 296 UR que tratou da dimensão técnica do cuidado de Enfermagem a partir das representações sociais dos pacientes. Neste sentido, destacamos que uma das áreas mais estudadas na profissão e centrais em sua realização cotidiana, inclusive no processo de formação dos profissionais, é a de fundamentos da enfermagem e a de técnicas a serem utilizadas no dia-a-dia do cuidar. Assim, os resultados mostraram as seguintes temáticas: Realização da higiene diária, implementação da prescrição farmacológica, aferição dos sinais vitais, instalação da soroterapia, alimentação do paciente e a sua mobilização. Essas temáticas tratam da prática profissional dos integrantes da equipe de enfermagem que, em sua maioria, aproximam-se dos clientes para realizar algum tipo de procedimento que pode estar relacionado às diferentes necessidades apresentadas. Observamos que o cuidar torna-se um fator interventor no corpo do outro e, em algumas situações, até mesmo do seu espaço íntimo, seja tanto na realização do cuidado direto, quanto naquele considerado indireto. Essas atividades que constituem o cuidado são expressas nas falas a seguir:

[...] trocar o soro e alguma coisa de limpeza aqui ó. Limpa, tira isso e bota outro. [...] olhar o colesterol da pessoa, dá banho no leito, se você não pode comer eles vêm dar comida na sua boca. Com carinho, com tudo [...] (EDS).

[...] ahhh é o cuidado da medicação, ahhh da evolução, do tratamento, vê se não tá faltando soro, se não tá faltando medicamento, e se tem alguma coisa que alguém, que passou despercebido, que tá faltando e que alguém não percebeu. Então, como se essa pessoa percebesse ou ela mesma toma a iniciativa ou então ela

mesma chega para pessoa e diz: ohhh tá faltando isso, ou aquilo [...] (LAPS).

[...] tira pressão, medem a temperatura, tudo o que é necessário. Teste de glicose de hora em hora. Tudo com o máximo cuidado [...] (MP).

O cuidado de enfermagem é adjetivado como sendo carinhoso e engloba diversas atividades além daquelas que, tradicionalmente, podem ser imputadas à enfermagem e foram apresentadas de forma inespecífica - *alguma coisa que está faltando e que ninguém percebeu [...]*. Neste sentido, a enfermagem se responsabiliza pelos acontecimentos da enfermagem, identificando o que está faltando, mesmo que sejam questões ou processos sutis, relacionais e/ou subjetivos.

As falas expostas a seguir mostram como a enfermagem encontra-se diuturnamente ao lado do paciente, nos mínimos detalhes da assistência à sua saúde, bem como nas questões essenciais e sutis em seus cotidianos. A abrangência da ação da enfermagem, bem como de sua inespecificidade, é reforçada na expressão - *tudo o que é necessário [...]*, demonstrando que, além das ações de suporte ou de base para a terapêutica requerida pelo paciente, tudo o mais que possui relação com ele (e que não cabe na especificidade das outras profissões) é da competência da enfermagem.

A constante especialização dos profissionais associada ao reconhecimento social que o manejo da tecnologia e a detenção do conhecimento científico proporcionam está favorecendo o surgimento de um contingente de enfermeiros que vêem como seu objeto de trabalho o cuidar tecnológico e não mais a pessoa humana em sua complexidade. Nesse sentido, pode-se considerar que, apesar do contato físico/corporal realizado pelo enfermeiro, esses profissionais nem sempre conseguem tocar a alma das pessoas cuidadas e, assim, sentem dificuldades em ajudá-las a construir sentido em meio às situações desagregadoras da existência humana. É de fundamental importância, principalmente para os profissionais de saúde, a percepção do cuidado em sua dimensão mais ampla, que vai além da execução de suas tarefas⁽¹⁵⁾.

Ao se cuidar do outro, passa-se a respeitá-lo e a vê-lo na sua individualidade, sendo imprescindível o conhecimento acerca da ética e da moral, princípios que propiciam uma nova razão, instrumental, emocional e espiritual. Adicionalmente, deve-se considerar que são os membros da equipe de enfermagem que, por maior período, permanecem em contato direto com os clientes, seja ao realizar ou ao auxiliar em procedimentos⁽¹⁶⁾.

Outra temática presente na categoria refere-se aos atores responsáveis por este cuidar e a forma como este é implementado. Os entrevistados não percebem a diferença entre os membros da equipe de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) e quando percebem afirmam que os técnicos executam mais cuidados diretos, afirmando, ainda, que a enfermagem segue uma rotina mecanizada. A confusão entre as figuras dos distintos profissionais da enfermagem origina-se nas representações que a população possui dos mesmos. A imagem do enfermeiro, sobreposta à do auxiliar ou do técnico, confere um determinado significado, no senso comum, para este profissional, enquadrando-o como auxiliar de outros profissionais e não reconhecendo, em suas ações, uma competência científica presente nos demais membros da equipe de saúde.

Em que pese o histórico processo de cuidado indireto prestado pelo enfermeiro em função da questão numérica necessária para a implementação da assistência de enfermagem, as evoluções tecnológicas da área da saúde, o aumento do número de recursos humanos nas instituições e o incremento de sua capacitação não transformaram esta situação. Dados empíricos de pesquisas⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ têm mostrado que a população não possui uma representação do cuidado do enfermeiro, às vezes nem do próprio profissional, o que significa a ausência de sua reconstrução representacional e/ou cognitiva.

O aspecto da invisibilidade da ação da enfermagem em que a inclusão de diferentes e diversificadas atividades tem gerado, nos últimos anos, uma imagem de afastamento do profissional. Ao mesmo tempo, o cuidado voltado às diferentes dimensões humanas é uma ação que possibilita a visibilidade do enfermeiro, assim como abre espaço para a manutenção da visibilidade da prática de cuidar.

A compreensão de que somente a inter-relação ou a tecnologia são, separadamente, suficientes para dar conta do complexo saúde-doença necessita ser superado pelo equilíbrio entre ambos. Deve-se considerar, assim, que o aspecto relacional da visibilidade da assistência de enfermagem possa redimensionar o tecnológico, mantendo todo o aparato necessário ao enfrentamento das patologias e agressões orgânicas, ao mesmo tempo em que se recupera a tradição da profissão no que concerne à abordagem e compreensão do ser humano e seu organismo⁽¹⁹⁾.

Para alguns profissionais, o tecnicismo tão valorizado na modernidade em detrimento da consideração dos valores biopsicossociais do paciente, deve-se ao modelo

biomédico hegemônico, implementado tanto nas instituições de saúde, quanto ensinado nas escolas de formação profissional⁽²⁰⁾. No âmbito hospitalar, em algumas situações, a atuação do enfermeiro nem sempre está direcionada ao atendimento das necessidades do cliente e sim à realização de ações não inerentes à enfermagem, levando à execução de atividades de outros profissionais e/ou cumprimento de tarefas puramente burocráticas, o que desvia o enfermeiro do cumprimento de suas atribuições. Isto é exemplificado por meio dos seguintes relatos:

[...] não, não sei quem é o enfermeiro e quem é o técnico de Enfermagem [...] Eu procuro ler às vezes é no jaleco, aí se tiver eu diferencio [...] (ELS).

[...] num lugar como esse daqui, não consigo diferenciar [...] Só se fosse no jaleco escrito mesmo, se não tivesse escrito, eu nem ia saber que era enfermeira [...] (TAP).

[...] a rotina é basicamente a mesma de todos eles, entendeu? É como se eles [...] Acho que eles seguem uma apostila, sabe? Eles chegam de manhã [...] São distribuídas as tarefas, né? [...] O enfermeiro fica lá dentro da cabine, ele só sai em casos excepcionais [...] Quem vai para a linha de frente mesmo são os auxiliares, que executa toda a tarefa [...] (CA).

Fica evidenciado que os pacientes não conseguem distinguir as diferentes categorias profissionais que compõem a Enfermagem. Podemos observar, então, que a maioria pode empregar a titulação enfermeiro, própria do profissional que cursou o nível superior, para todo e qualquer profissional de Enfermagem, não importando sua classe. Os resultados que dizem respeito às competências privativas do enfermeiro demonstram, em parte, a invisibilidade da real função do enfermeiro nas práticas de saúde. A visibilidade deste profissional ainda possui uma forte ligação com execução de atividades burocráticas e, por isso, suas atividades são associadas e/ou confundidas, com frequência, com o fazer do técnico e auxiliar de enfermagem.

Destaca-se, em outra pesquisa⁽¹⁷⁾, a ausência ou pequena presença dos aspectos relacionais do cuidado na representação dos enfermeiros acerca do cuidado, enquanto no grupo de auxiliares de enfermagem a dimensão prática do relacionamento interpessoal apresenta-se como base do cuidado, revelando a não incorporação dessa importante dimensão psicossocial como estratégia científica de atenção ao paciente soropositivo ao HIV.

Acredita-se que as diferenças identificadas nas representações sociais desses dois grupos de profissionais podem resultar tanto do tipo de contato entre o profissional e o cliente soropositivo ao HIV, quanto em função do conhecimento científico retido. Em outras palavras, a construção das representações sociais dos auxiliares de enfermagem pode mostrar-se mais prática e próxima das atividades do dia-a-dia do que aquelas dos enfermeiros devido à maior permanência destes profissionais nas atividades de cuidados diretos prestados aos pacientes. Isto em decorrência da intensa carga de atividades gerenciais que os enfermeiros se vêem envolvidos, o que, por vezes, os permite atuar diretamente com os pacientes somente em cuidados que envolvem maior grau de complexidade⁽¹⁸⁾.

Além do fazer e/ou executar rotineiros, é preciso que o enfermeiro reflita sobre a sua prática profissional, para que esta não se torne uma ação mecanizada, desprovida de vida e sentido. O fazer pelo fazer desmotiva e desestimula e, com o tempo, favorece o comodismo e a acomodação profissional. Em contrapartida, no cotidiano do cuidar, os técnicos e os auxiliares de Enfermagem são os que respondem, de forma mais próxima e rápida, às solicitações da clientela e, portanto, são representados como os cuidadores e apreendidos como aqueles que executam a maior parte dos cuidados. Assim, a aproximação do profissional de ensino técnico e o distanciamento do de ensino superior, pode corroborar para esta dificuldade na distinção das diferentes categorias presentes na Enfermagem⁽¹⁷⁾.

A legislação que rege o trabalho da enfermagem não possui, ao menos no campo estudado, a penetração e a implementação que, desde a sua elaboração, se desejou. Isto significa dizer que, legalmente, a assistência de enfermagem possui uma configuração e que esta organização não se reflete na prática cotidiana da profissão. Quando o processo de identificação de profissionais que possuem formação, atribuições, objetivos e ações distintas se apresenta centrado somente em seu aspecto formal (crachá e jaleco, entre outros) deve ser reconhecido que a identidade de um está sendo (ou foi, como no caso do estudo em tela) absorvida pela do outro e, neste sentido, o enfermeiro termina por ser representado como técnico ou auxiliar de enfermagem. Para os depoentes, o cotidiano da instituição de saúde e do cuidado de enfermagem prestado em seu interior não sofre a influência de dois profissionais que deveriam oferecer os benefícios de suas especificidades. Esta afirmação termina por gerar uma representação, ao cuidado de enfermagem, baseada em

elementos próprios daquela que se relaciona a um desses profissionais, notadamente o técnico e/ou o auxiliar de enfermagem.

Apenas um indivíduo destacou a ciência da existência de diferentes profissionais na enfermagem, como pode ser percebido a seguir:

[...] tem o auxiliar, existe o técnico e existe o enfermeiro. O auxiliar é aquele que não tem prática nem de ficar com o paciente. É aquele que serve para trocar a roupa de cama, troca um paciente na cama, dá banho. O técnico já é uma pessoa que já tem mais um contato, que ele pode de repente pode diagnosticar uma febre, uma pressão alta, sabe. Como que marca [...] Eu tô falando no geral não entendeu? E o enfermeiro é aquele que está capacitado porque teve um nível superior e se eu não me engano ele pode até fazer consulta [...] (VM).

A dimensão representacional dialoga com o conhecimento técnico, científico e legal hegemônico na sociedade. As representações podem ter origem na apreensão desses tipos de conhecimentos, apresentando-se como uma atualização do senso comum nas sociedades contemporâneas que se caracterizam pela alta velocidade de sua produção e difusão. Neste sentido, as representações possuem íntima relação com o acesso à informação e a necessidade de estabelecer critérios de julgamentos, conferindo legitimidade, valorização e aceitação para determinados objetos representacionais e o seu oposto para outros.

CONCLUSÃO

O cuidado de enfermagem se concretiza por procedimentos técnicos que, por sua vez, se apresentam como os principais motivos para o contato constante entre o profissional e o usuário. Neste sentido, corre-se o risco de reproduzir um *modus operandi* das instituições de saúde em que a atuação profissional apresenta-se completamente eficaz em suas dimensões técnicas, institucionais e sociais, mas insuficiente para implementar um processo de humanização dos indivíduos atendidos através da apreensão e do atendimento de sua singularidade e de suas necessidades, incluindo as biológicas.

No entanto, o cuidado ainda se apresenta no contexto representacional como uma atenção especial e inespecífica para algo não percebido ou realizado pelos demais atores sociais. Talvez aí se encontre o enraizamento de uma ação de enfermagem que seja simultaneamente útil e sutil, biológica e humana,

objetiva e subjetiva, corporal e espiritual. Mesmo que os procedimentos técnicos sejam o *motus* para o encontro (o que é vital, *de per se*), esta inter-relação talvez possa incluir a observação acurada da linguagem não verbal (especialmente dos itens que expõem a sua subjetividade), o desenvolvimento da escuta sensível, a aplicação da empatia como um dos instrumentos básicos da profissão e a compreensão de que lidamos, essencialmente, com o humano em um contexto de dor, sofrimento, estigmatização, exclusão e morte.

Com relação à atuação do enfermeiro na dinâmica do cuidado, o fato que chama atenção nos relatos é o desconhecimento da figura do enfermeiro. Em suma, os usuários demonstram não apresentar uma construção representacional acerca do enfermeiro e, conseqüentemente, a representação do cuidado tende a

não possuir uma coerência interna que a torne sólida, específica e permanente. Como conseqüência, percebemos que a palavra enfermeiro é empregada generalizando o seu uso ao ofício dos outros componentes da equipe de enfermagem, ou seja, o técnico e o auxiliar de enfermagem.

Assim, os pacientes reconhecem que os técnicos de enfermagem executam a maioria dos cuidados. Além disto, não observam diferença entre o cuidado prestado pelos diferentes profissionais da equipe de enfermagem, desconhecendo assim, as atividades privativas que competem ao enfermeiro. Neste sentido, as representações possuem íntima relação com o acesso à informação e ao processo de classificar os objetos sociais importantes para determinados grupos, bem como à construção de sua identidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico AIDS/DST. Ano VII - julho a dezembro de 2009/janeiro a junho de 2010. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2010.
2. Pinheiro PNC, Vieira NFC, Pereira MLD, Barroso MGT. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/Aids. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(4):569-75.
3. Meirelles BHS, Silva DMG, Vieira FMA, Souza SS, Coelho IZ, Batista R. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/Aids. Rev. Rene. 2010;11(3):68-76.
4. Oliveira DC. A Enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais [thesis]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem/UERJ; 2001.
5. Salada MLA, Marques SA. Vinte Anos de Assistência a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais de saúde. Cad Saude Publica. 2006;22(11):2369-78.
6. Waldow VR. O Cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes; 2004.
7. Sá CP. A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais. Rio de Janeiro: UERJ; 1998.
8. Oliveira DC. A Promoção da Saúde da Criança: Análise das Práticas Cotidianas através do Estudo de Representações Sociais [thesis]. Ribeirão Preto: Faculdade de Saúde Pública/ USP; 1996.
9. Wagner W. Sócio-Gênese e Características das Representações Sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos Interdisciplinares em Representação Social. Goiânia: AB Editora; 2000.
10. Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.
11. Moscovici S. A Representação Social da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.
12. Abric JC. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Goiânia: AB Editora, 2000.
13. Baggio MA. O significado para profissionais da equipe de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006 [cited 2011 mar 30];8(1):9-16. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm
14. Oliveira DC. Análise de Conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2008 [cited 2011 mar 30];16(4):569-76. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>
15. Gomes AMT, Oliveira DC. A enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: representações do papel do enfermeiro. Rev. enferm. UERJ. 2008;16(2):156-61.
16. Formozo GA, Oliveira DC. Auto-proteção profissional e cuidado de enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas

17. Formozo GA, Oliveira DC. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. Rev Bras Enferm. 2010;63(2):230-7.
18. Stacciarini JM, Andraus LMS, Esperidião E, Nakatani AK. Quem é o enfermeiro? Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 1999 [cited 2011 mar 30];1(1). Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/Quem.html
19. Gomes AMT, Oliveira DC. A estrutura representacional de enfermeiros acerca da enfermagem: novos momentos e antigos desafios. Rev. enferm. UERJ. 2007;15(2):168-75.
20. Costa JP, Silva LMS, Silva MRF, Miranda KCL. Expectativas de pacientes com HIV/AIDS hospitalizados, quanto à assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006;59(2):172-6.

Artigo recebido em 26.03.2010.

Aprovado para publicação em 26.03.2011.

Artigo publicado em 31.03.2011.