

HIV/AIDS: UM CONTEXTO MARCADO POR EXCLUSÃO SOCIAL

Danillo Mendes FREITAS¹; Ivanilda Rodrigues SALOMÃO²

RESUMO

O Início dos casos de HIV/AIDS contribuiu para a constituição de preconceitos e estigmas, que perduram até os dias atuais. A população acometida por essa patologia carrega o peso dessas concepções errôneas. Levando em consideração a atual conjuntura brasileira vivenciada pelos pacientes soropositivos, faz-se necessária a reflexão a respeito do preconceito envolvendo esses indivíduos. Frente a isso, indaga-se: De que forma a atuação do enfermeiro poderá diminuir o preconceito sofrido pelas pessoas com HIV/AIDS? Este trabalho justifica-se pela grande dificuldade dessas pessoas em se relacionar com a sociedade após o diagnóstico. A metodologia utilizada foi através de pesquisa qualitativa. Os resultados obtidos a partir dessa pesquisa serviram para esclarecer a forma com que o estigma afeta a vida dos pacientes com HIV/AIDS e como o enfermeiro atua para melhorar essa realidade.

Palavras-chave: Enfermeiro. Estigma. Exclusão. HIV/AIDS.

1 INTRODUÇÃO

O diagnóstico de uma doença gera grande comoção para uma pessoa, principalmente se esta doença vier carregada de estigmatização. O HIV/AIDS ainda carrega estigmas de uma época em que a informação não era propagada da forma que é nos dias atuais e, por conta disso, ainda é associada com falas preconceituosas como se a pessoa estivesse sendo punida por uma força divina e sentenciada à morte.

A vivência de uma pessoa com HIV/AIDS é marcada pela discriminação, marginalização e exclusão. Tais condições deixam claro como a sociedade ainda tem um longo caminho a percorrer no que se refere à desconstrução desses preconceitos;

A presente pesquisa trata-se de uma análise do contexto histórico a fim de compreender o processo histórico do HIV/AIDS e identificar nele como o estigma foi desenvolvido e concretizado, bem como, identificar a atuação do enfermeiro frente a isso.

¹Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA).

²Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Ciências sociais Aplicadas (FACISA), Professora da Faculdade de Ciências sociais Aplicadas (FACISA).

A problemática desta pesquisa é identificar como o enfermeiro atua para diminuir o preconceito sofrido pelas pessoas com HIV/AIDS? Dando ênfase no sofrimento psicossocial.

Este trabalho tem como objetivo analisar como o enfermeiro atua para diminuir o preconceito sofrido pelas pessoas com HIV/AIDS justificativa da presente pesquisa se fundamenta no sentido de promover a reflexão sobre o estigma vivenciado pelas pessoas com HIV/AIDS.

2 METODOLOGIA

A metodologia adotada nesta pesquisa é a de revisão bibliográfica através do levantamento de artigos científicos disponíveis em banco de dados online, como MEDLINE, BIREME, LILACS, dentre outros. Com abordagem qualitativa, tendo como local principal de estudo o Brasil, mas considerando aspectos de países importantes para a contextualização e compreensão do processo histórico, tendo sido analisados uma série de textos e filtrado os que se mostraram relevantes à pesquisa.

Os resultados obtidos por intermédio dessa pesquisa proporcionaram uma visão mais ampla da doença HIV/AIDS, do sofrimento psicossocial sofrido pelos indivíduos com esta patologia e de como o enfermeiro pode intervir nesse contexto, contribuindo para melhora da qualidade de vida e convívio dessas pessoas.

3 HIV/AIDS

O HIV, sigla advinda do inglês, que significa Vírus da Imunodeficiência humana, é o microrganismo responsável pelo desenvolvimento da AIDS ou SIDA (Síndrome da imunodeficiência adquirida). Apesar dessas siglas se apresentarem juntas no desenvolver desta pesquisa, elas não têm o mesmo significado. No que se refere ao HIV, à forma em que o vírus age no organismo, se dá da seguinte forma:

[...] ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. E é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção (BRASIL, 2016, p.01).

O fato de ter sido exposto ao vírus, não quer dizer que o indivíduo contaminado esteja com a doença AIDS, há a necessidade de verificar outros marcadores que irão determinar se a doença está presente ou não, como a baixa do sistema imunológico e as doenças oportunistas.

Estas doenças possuem este nome por se aproveitarem da fragilidade do sistema imunológico do indivíduo contaminado para se instalarem.

Com essa debilidade do sistema imunológico, o indivíduo contaminado fica suscetível às “doenças oportunistas”, caracterizando a AIDS. “O aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)” (Brasil, 2013).

3.1 EPIDEMIOLOGIA

Embora tenha se passado mais de 30 anos desde os primeiros casos, o número de novos casos de infecção por HIV segue em valores alarmantes.

Segundo Brasil, (2016, p. 01), em 2011, “foram notificados 38.776 casos da doença e a taxa de incidência de AIDS no Brasil foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes”, demonstrando que o número de novos casos continua alarmante.

3.2 TRANSMISSÃO

A transmissão do vírus se dá de várias formas. Há a crença de que o simples contato com o indivíduo portador do vírus já é o suficiente para se contaminar. Isto é mito, que veio se propagando ao longo da história da doença, numa época que não se tinha informação suficiente sobre a patologia e os seus mecanismos.

O vírus HIV encontra-se no sangue, leite materno e sêmen humano. Portanto, o contato com esses fluídos corporais permite a transmissão, se ocorridas da seguinte forma:

Sexo sem camisinha - pode ser vaginal, anal ou oral; De mãe infectada para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação - também chamado de transmissão vertical; Uso da mesma seringa ou agulha contaminada por mais de uma pessoa
Transfusão de sangue contaminado com o HIV; Instrumentos que furam ou cortam, não esterilizados. (Brasil, 2016, p. 01).

Os profissionais de enfermagem também correm este risco. Ao realizar determinados procedimentos, ficam expostos se as medidas de precaução e o uso de EPI's (Equipamentos de Proteção Individual) não forem adotados.

3.3 SINTOMATOLOGIA

O tempo entre o contato com o vírus e o aparecimento de sinais da doença - tempo de incubação é de 3-6 semanas e de anticorpos anti-HIV gira em torno de 30-60 dias (Brasil, 2016). Quando o vírus começa a atacar o sistema imunológico, esta fase denomina-se Fase Aguda, esta fase pode apresentar alguns sinais clínicos, como: febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia e cefaléia. (BRASIL, 2013, p. 01).

Na próxima fase, chamada Latência, o vírus segue se multiplicando e, nesta etapa, a pessoa costuma não manifestar sinais clínicos.

E, por fim, surge a SIDA/AIDS, que é a fase em que se desenvolvem as doenças oportunistas, caracterizada pelo déficit do sistema imunológico, deixando o indivíduo suscetível a doenças.

3.4 DIAGNÓSTICO

Identificar o vírus em sua fase inicial é importante para o prognóstico do indivíduo. Em sua fase inicial, o tratamento é menos agressivo e mais eficaz, trazendo menos efeitos colaterais ao paciente.

O diagnóstico é feito por meio da coleta de sangue, sendo realizado o teste rápido ou teste laboratorial.

Os testes que detectam anticorpos são os mais comuns e baratos, tendo uma alta taxa de confiabilidade. Porém, eles só terão serventia após a resposta imunológica já ter sido ativada e os anticorpos estejam presentes.

O teste rápido demora poucos minutos, é pouco invasivo e tem uma taxa de confiabilidade muito alta. Os dados obtidos são confidenciais, limitando-se ao profissional que realizou o teste e o paciente.

3.4 TRATAMENTO

O tratamento do HIV/AIDS é determinado pelo profissional de medicina, avaliando as peculiaridades de cada caso, decidindo qual será a melhor conduta para aquele paciente. O mesmo avalia se há ou não a necessidade de se iniciar o tratamento medicamentoso. O indivíduo diagnosticado com o vírus deve ser acompanhado pelo profissional, pois é através disso que se avalia a evolução do quadro clínico (BRASIL, 2003).

Por conta disso, é necessária a ênfase no acompanhamento pelo profissional de saúde e na adesão ao tratamento.

O acompanhamento médico da infecção pelo HIV é essencial, tanto para quem não apresenta sintomas e não toma remédios (fase assintomática), quanto para quem já exibe algum sinal da doença e segue tratamento com os medicamentos antirretrovirais, fase que os médicos classificam como AIDS (BRASIL, 2015 p. 01).

3.5 PREVENÇÃO

A prevenção é a ferramenta fundamental e indispensável ao combate de qualquer patologia, evitando o risco de contato com uma doença transmissível ou evitando a chance de desenvolvimento de patologias não transmissíveis.

Os preservativos masculinos e femininos são a medida mais indicada para a prevenção, pois eles, conforme Brasil (2003, p. 01) “são a única barreira comprovadamente efetiva contra o HIV, e o uso correto e consistente deste método pode reduzir substancialmente o risco de transmissão do HIV e das outras DST”.

Essa barreira é efetiva quando a exposição é através do contato sexual, mas não é a única medida de prevenção, havendo a necessidade de cautela no uso de matérias perfuro cortantes como agulhas, alicates de unha, etc.

O enfermeiro tem um papel contundente na prevenção da população, principalmente no âmbito da atenção básica, sendo o responsável por ações de promoção e prevenção. Essas ações se dão através de atividades de educação em saúde, por meio de palestras e aconselhamento, disseminando informação, contribuindo para a manutenção da saúde da população.

3.6 CONTEXTO HISTÓRICO

O primeiro caso de AIDS registrado no mundo foi no início da década de 80. As primeiras pessoas identificadas com a patologia foram homens homossexuais, sendo categorizados como grupo de risco.

Há uma divergência de opinião entre os autores e estudiosos na área. Mas há uma concordância relativa de que os primeiros casos tenham se originado na região da África e, posteriormente, se disseminaram pelo mundo.

Nos anos 80, foi diagnosticado o primeiro caso de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência adquirida) no Brasil, gerando um grande alvoroço e medo à população brasileira (LAZZAROTTO, 2010). E o medo associado à falta de informação acarreta em desenvolvimento e sustentação de preconceitos e tabus decorrentes do estigma, causando grande sofrimento aos indivíduos com o vírus/doença.

No início, pouco se sabia a respeito da doença, entretanto, muito se especulava. Através dessa especulação, foi-se estabelecendo o estigma, pelo fato do indivíduo pertencer a um grupo caracterizado como “Aidético”, termo este com alto teor de preconceito e ódio, e, por conta disso, caiu em desuso ao longo do tempo.

Havia pouco conhecimento sobre a forma como a patologia se manifestava, a fisiopatologia, transmissibilidade, entre outros fatores relacionados à mesma.

Assim, diante do desconhecido, a sociedade produziu representações apoiadas na idéia de doença contagiosa, incurável e mortal, recrudescendo o conceito de ‘peste’, cujo significado representava uma ameaça extrema à sociedade, atrelada a atitudes de evitamento daquele que a portava (ALMEIDA; LABRONICI, 2007, p. 265).

Nesta mesma época, o principal grupo diagnosticado com a doença era o de homens homossexuais, caracterizando aí o surgimento de um estigma associado a este mesmo grupo. Era evidente que os homossexuais do sexo masculino faziam parte dos mais acometidos pela doença. Segundo Brasil, (2016), “os homossexuais do sexo masculino correspondiam a 30-40% dos casos notificados”.

Os homossexuais eram vistos como os vilões da sociedade, em contrapartida o segmento composto por mulheres e crianças era vistos como vítimas da patologia.

A justificativa para isso é a necessidade da população de tentar justificar a causa de uma doença. O grupo inicial da disseminação acaba se tornando o rosto da patologia e, por conta disso, se tornam o grupo estigmatizado, carregando esse entrelaçamento mesmo tendo se passado algumas décadas (BARATA, 2006).

A mídia teve papel fundamental na disseminação de informações sobre a patologia. Todavia, contribuiu para a propagação do estigma, já que vinculava a Aids aos homossexuais, contribuindo para a concretização dessa imagem na população.

Este cenário começou a mudar quando foram identificados casos em mulheres, hemofílicos, observando que a doença não era apenas uma “doença dos homossexuais” e que todos estavam sujeitos a contraírem o vírus.

Isso evidencia a necessidade de discussão a respeito do que se refere à parte psicossocial da infecção

3.5 O ESTIGMA

Segundo Goffman (1891), o estigma é o julgamento ou desaprovação de características físicas, intelectuais, crenças ou quaisquer outras coisas que vão contra uma norma ou cultura. Tem origem na Grécia, onde os indivíduos eram marcados a ponto de deixar cicatrizes que iriam deixar claro que aquelas pessoas possuíam alguma característica que não condizia com a norma vigente nos costumes e cultura local.

Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor, uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos (GOFFMAN, 1891, p. 02).

O estigma é resultante da interação entre desinformação e medo, atribuindo uma carga de preconceito sobre uma população que, geralmente, já é marginalizada por outras questões. Isso evidencia que a parcela da sociedade, detentora do poder e privilégios, utilizam de sua posição para oprimir e discriminar grupos simplesmente por fazerem parte de uma parcela estigmatizada, independentemente de estarem convivendo com vírus/doença ou não.

[...] já desqualificavam segmentos de pessoas como portadores de direitos antes da infecção – como ser trabalhador do sexo, negro, usuário de drogas, homossexual ou desempregado. Os estigmatizados são, desde o início da epidemia, os “culpados”, enquanto mulheres casadas, crianças e infectados em hospitais são “vítimas”(PAIVA et al., 2013, p. 1069)

O estigma relacionado à AIDS criou-se pelo temor, pela crença de morte iminente e contágio a um toque de distância, e que a doença veio como “ira de Deus” para punir estes grupos pelos seus atos e jeito de ser. Esta segregação dificulta o acesso dessas pessoas a serviços, bens e posições sociais, forçando-as a ocultarem alguns aspectos de sua existência para que possam ser aceitos no meio que desejam frequentar (PAIVA et al., 2013).

Essa discriminação carregada de ódio contribui para a não adesão de pacientes soropositivos aos programas e medidas de controle e tratamento da doença.

O estigma por parte da sociedade se dá pela associação de HIV/AIDS às condutas consideradas imorais (homossexualidade, uso de drogas ilícitas, promiscuidade e atitudes pecaminosas), levando a crer que pessoas heterossexuais, casadas e com família constituída estão seguras e podem viver suas vidas despreocupadas com o risco de infecção, contribuindo para a disseminação (FERREIRA, 2006).

Em contrapartida, as crianças e adolescentes foram vistos com outros olhos. Neste seguimento, as reações foram menos furiosas, mas o preconceito e o estigma ainda faziam-se presentes.

Com relação às primeiras crianças infectadas e afetadas pela AIDS, o estigma e a discriminação relacionados ao HIV/AIDS no âmbito escolar tiveram como expressão a ambiguidade de mensagens sobre “vítimas inocentes” (ou seja, alunos soropositivos) e, simultaneamente, o medo da comunidade escolar em recebê-los e aceitá-los na escola (ZUCCHI et al, 2010, p. 721).

Portanto, a falta de informação a respeito dos mecanismos de transmissão da doença conduziu as escolas a temerem os alunos que estavam relacionados com HIV/AIDS de alguma forma. Seja por serem portadores do vírus ou por algum familiar estar com o vírus/doença e por isso já se pressupunha que eles também estavam contaminados.

É necessário que essa barreira seja quebrada, para que o combate a esta doença se torne realidade.

O estigma e a discriminação são desafios que – mesmo após 30 anos de resposta à epidemia de AIDS – ainda precisam ser vencidos se quisermos chegar a uma resposta efetiva ao HIV e acabar com os níveis epidêmicos [...] (BRASIL, 2015, p. 01).

Há a necessidade de medidas e políticas a fim de combater este entrave, seja através de conscientização da sociedade de modo geral, da família e seu papel frente a essa realidade e do indivíduo, criação de leis punitivas para atos discriminatórios.

3.6 A EXCLUSÃO

Acredita-se, por parte da população, que a doença cause grande sofrimento. Isso não está incorreto, entretanto, o estigma, a discriminação e exclusão trazem grandes transtornos aos indivíduos com HIV/AIDS, sendo, às vezes, considerados como uma das piores consequências da infecção.

Algumas pessoas diagnosticadas se surpreendem ao perceberem que, mesmo não estando no grupo considerado “de risco”, adquiriram o vírus (MALISKA et al., 2009). Isto reforça a presença da falsa sensação de segurança que parte da sociedade (heterossexuais, casados, mulheres) vivencia.

Há, também, os que ficam apreensivos, mas não pela doença em si, mas pelo preconceito, pelo medo da reação da família, dos amigos e meio em que se está inserido, levando o indivíduo a esconder sua condição de saúde, o que causa bastante sofrimento, já que terá que lidar com essa patologia sem o apoio de seus entes queridos.

A auto aceitação e a desconstrução dos próprios preconceitos são atitudes essenciais para se conviver com a doença e com a sociedade, utilizando dessa vivencia para ajudar a

desconstruir aqueles que são importantes para a pessoa. É necessário que haja paciência por parte das pessoas com HIV, pois assim como é difícil o processo de aceitação para elas, esta etapa também é trabalhosa para as demais pessoas.

Essas diversas sensações trazem consequências, como o medo, insegurança, isolamento e, até mesmo, o suicídio.

Há uma grande importância na aceitação da doença, pois está associada à autoestima, uma vez que o risco da depressão anula o prazer pela vida, levando o indivíduo a perder suas expectativas, sonhos e ideais para o futuro, desistindo até mesmo de viver (VASCONCELLOS; PICHARD; ICHAI, 2003 apud CARVALHO, 2011, p. 160).

O apoio dos familiares é indispensável para o processo de auto aceitação e convivência do indivíduo com a patologia, pois evita que o estado de saúde do portador de HIV/AIDS deixe de ser um impasse e seja um mero detalhe, que necessita de uma atenção especial, mas que é possível levar uma vida de qualidade, negando essa imagem de “fase terminal” que a doença carrega.

A SOCIEDADE

A sociedade possui uma série de normas e condutas que foram se transformando ao longo da história. Estas condutas determinam como a pessoa será enxergada pela mesma. Todo e qualquer comportamento que saia dessa linha predeterminada é tido como incorreto, sendo classificado como desvio.

Existe a crença de que as pessoas que convivem com doença estão sendo castigadas por Deus pelos seus atos pecaminosos. Por vezes, o indivíduo deixa de expor sua condição por conta de outras características suas, por exemplo, a homossexualidade, que também não é bem vista aos olhos da sociedade.

Esconder sua condição clínica causa grande sofrimento psicológico a essas pessoas, pois a dúvida constante se deve ou não contar, a sensação de medo de serem descobertos, a falta de apoio nessa fase de transição, pode levar a sérios riscos, como depressão, isolamento e até o suicídio.

No momento em que a pessoa com HIV decide contar sobre seu estado, esta “[...] notícia de estar infectado pelo HIV evoca os conceitos sobre AIDS que estão difundidos na sociedade, muitas vezes associados a um estado muito debilitado de saúde e à morte certa e rápida” (CARVALHO, 2008, p. 44).

Tais conceitos supracitados precisam ser desconstruídos e substituídos por informações adequadas com embasamento científico, a fim de diminuir o estigma a cerca da doença.

A FAMÍLIA

A família tende a criar expectativas em relação aos seus membros. Como devem se portar, qual carreira seguir, com quem se relacionar, dentre outros fatores. Essa expectativa deposita uma grande pressão sobre os ombros das pessoas pertencentes a essas famílias, e se decepcionando caso essas expectativas não sejam atendidas.

Esse fator, geralmente, impede que as pessoas com HIV contem aos seus familiares a sua condição, por medo da reação deles e de como irão conduzir essa situação. Nem sempre a preocupação é com a doença em si, mas com a forma com que a sociedade irá lidar com seu ente querido.

O estigma relacionado ao HIV consiste das atitudes negativas para com as pessoas infectadas ou suspeitas de estarem infectadas pelo vírus e com aqueles afetados pela associação com a AIDS, como órfãos, crianças e famílias de PVHA (CARVALHO, 2008, p. 17).

O estigma da doença recai sobre as pessoas em volta dos Pacientes vivendo com HIV/AIDS (PVHA), deixando-os sem saber como lidar com esta situação. Portanto, faz-se necessário o acompanhamento da equipe multiprofissional para ajudar estas pessoas nessa fase de adaptação a essa nova realidade.

AS MULHERES

A mulher é marcada por sua força surpreendente e pelas grandes lutas por direitos e igualdade. O machismo é o principal causador de sofrimento e luta atualmente. A ideia de que o homem detém poder sobre a mulher ainda paira sobre a sociedade mesmo após anos de luta e militância.

As mulheres, que já vêm convivendo com um sofrimento decorrente do machismo, tem sua situação agravada quando se descobrem portadoras do vírus/doença. Tal realidade levanta uma série de questionamentos éticos e morais, pois outra vertente evidencia-se, a traição do parceiro.

O perfil demográfico dos portadores do vírus/doença alterou-se, configurando as mulheres, atualmente, como um dos grupos com maiores índices contaminação. Apesar disso,

a falsa sensação de segurança se faz presente, já que há o pensamento de que o relacionamento longo e duradouro está livre de qualquer traição. Quando as mulheres levantam a ideia de utilizar preservativo, há a resistência por parte do parceiro e elas acabam aceitando se submeterem a um sexo desprotegido (AMARO, 2005, p.91).

Há a necessidade do empoderamento feminino, para que elas tomem posse de suas vidas e não se submetam a este tipo de relacionamento.

OS HOMOSSEXUAIS

Desde o seu surgimento, o HIV/AIDS foi associado à homossexualidade, em especial, os homens homossexuais.

No início dos anos 80, a AIDS foi vista em termos de identidade sexual pela imprensa e por boa parte de seu público, geralmente manifestando ideias e atitudes negativas sobre a homossexualidade masculina, sendo definida como a doença gay (VALLE, 2002, p. 184).

Isto contribuiu para que o sofrimento psicossocial, exclusão e discriminação frente às pessoas homossexuais se disseminassem.

Os homossexuais configuram-se como o grupo que mais sofreu no que se refere ao HIV/AIDS. Isto aconteceu por terem sido o principal grupo diagnosticado na época. A incidência da infecção era mais frequente, pela forma de transmissão ser facilitada no sexo por meio anal.

Com a identificação do vírus e suas formas de transmissão, ficou claro que a maior incidência inicial neste grupo foi decorrência de uma maior exposição à contaminação através de relações sexuais com múltiplos parceiros, relação sexual anal receptiva e atividades que podem levar à lesão da mucosa retal [...] (BRASIL, 2006, p. 107).

Isso só deixava clara a hipocrisia da sociedade, já que os casais heterossexuais também mantinham o mesmo tipo de via sexual.

No que se refere ao HIV/AIDS, há uma dificuldade maior para este grupo, pois contar sobre a doença pode ter uma consequência, que é se assumir frente a sua família. A doença carrega muito estigma, principalmente para este grupo, levando em consideração a associação que há entre AIDS e homossexualidade.

Após 30 anos desde os primeiros casos terem sido diagnosticados, ainda é claro o preconceito e discriminação frente essa população. Os impactos de preceitos religiosos, da ignorância e do ódio são catastróficos e atrapalham a ação de desconstrução e disseminação de informações para acabar com esse ciclo de ódio.

Mesmo frente a toda essa discriminação, as associações e ONG's ligadas à militância LGBT foram as primeiras a tomarem medidas de combate à epidemia.

Esta mobilização foi geradora de respostas, como a criação de diversas organizações não governamentais de serviços em AIDS (ONGs/AIDS), produção dos primeiros manuais sobre as formas de transmissão e sobre sexo mais seguro, a promoção dos direitos humanos e da solidariedade como princípios básicos do trabalho de prevenção, entre outras (TERTO JR, 1997, apud TERTO JR, 2002, p.149).

Essas instituições foram essenciais ao combate à epidemia, contribuindo para que o Brasil se concretizasse como referência em combate ao HIV/AIDS.

ATENÇÃO DA ENFERMAGEM À PACIENTES COM HIV/AIDS

A enfermagem é conhecida pelo cuidado, por ser a equipe que mantém um contato mais próximo ao paciente. Atua desde o planejamento preconceptivo, até os cuidados após a morte. Assistindo ao paciente de forma integral e humanizada, proporcionando um ambiente de confiança e conforto.

O enfermeiro diante de uma perspectiva de integralidade quer no manejo clínico do portador, quer na prevenção da disseminação da doença nos diversos grupos populacionais, deve buscar uma prática profissional com vistas à qualidade de vida (SANTOS, 2009, p.13).

Outro ponto a ser abordado é a importância da atuação em conjunto com outros profissionais, que juntos desempenham um acompanhamento que visa atender a todos os aspectos do indivíduo. Esta ação deve ser sistematizada e em conjunto com uma equipe multidisciplinar.

O enfermeiro atua em diversos níveis de atenção. Na atenção básica realiza o acolhimento e realiza a testagem dos indivíduos, e encaminhando-os ao CTA caso o resultado do teste rápido seja positivo. Atua no aconselhamento das pessoas diagnosticadas, tirando dúvidas e ajudando na adaptação dessa nova realidade do paciente.

Tais condições são necessárias para que haja a criação de um laço entre paciente e profissional. Portanto, o acolhimento é imprescindível para o desenrolar do cuidado frente aos pacientes que serão acompanhados pela equipe.

O ACOLHIMENTO

O acolhimento é etapa primordial, é ela que irá determinar se o paciente irá confiar e se abrir com o profissional de enfermagem. Nesta etapa é o momento em que o enfermeiro irá criar o vínculo com o paciente, que será essencial durante o acompanhamento desde indivíduo.

A existência do receio na procura por serviços próximos aos seus locais de residência ou o medo de serem identificados e encontrarem pessoas conhecidas reduzem a procura pelo serviço (BARBOSA et al., 2015, p. 535).

Portanto, é necessário que sejam elaboradas estratégias que reforcem a ideia de que existe a confidencialidade entre paciente e enfermeiro, e que todas as informações fornecidas a equipe serão protegidas pela lei.

O cuidado de enfermagem deve ser integral e visando uma assistência humanizada. Pautada pela empatia e capacidade de sensibilizar-se com a condição do outro.

O enfermeiro é o profissional que passa o maior tempo com o paciente, portanto, possui uma característica facilitadora. Este tempo permite maior proximidade e a criação de vínculo com o indivíduo, condição esta que os demais profissionais não possuem, tornando o enfermeiro ferramenta essencial para a condução do estado de saúde da população que convive com HIV/AIDS (SANTOS, 2009).

É essencial que este cuidado conte com a participação da equipe multiprofissional para que o paciente possa ser atendido de forma integral.

ACONSELHAMENTO

O enfermeiro realiza o aconselhamento antes e após a realização do teste rápido, preparando o indivíduo caso seja confirmado o diagnóstico, facilitando a transição do paciente para essa nova fase de sua vida.

No pré-teste, deve-se identificar as áreas de vulnerabilidades das pessoas e situações de risco. Devem ser realizadas as orientações, identificar a motivação que levou o paciente a realizar o teste, rápido ou laboratorial. Salientando que cabe ao paciente o direito de escolher qual o método o mesmo deseja utilizar depois de recebidas as orientações e esclarecimentos por parte da enfermagem (BRASIL, 2010).

Deve-se criar o vínculo com o paciente nesta etapa, para que, no futuro, isso possa facilitar a condução do caso.

O enfermeiro realiza o acompanhamento pós-teste, conduzindo o paciente pelas suas emoções advindas do resultado, “considerando-se a necessidade de manejar adequadamente as reações dos usuários frente ao diagnóstico, bem como de reiterar as orientações preventivas [...]” (BRASIL, 2010).

Os sentimentos e sensações do paciente devem ser levados em consideração e avaliados, para determinar como o mesmo está lidando com o processo de adaptação.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE COM HIV/AIDS

O enfermeiro realiza diversas atividades e ações a fim de melhorar a qualidade de vida do indivíduo com HIV/AIDS, e a prestação de cuidados é uma delas.

Corroborando com a afirmação supracitada. Santos (2009, p. 34) afirma que “o enfermeiro exerce nesta instância a função primordial de elo entre os usuários e o serviço de forma a proporcionar ações educativas e de assistência voltados para a temática em questão”.

O processo de enfermagem é a ferramenta capaz de direcionar as ações da equipe, estabelecendo metas e avaliando a resposta do paciente às condutas e reformulando a linha de cuidado quando necessário.

Este processo divide-se em cinco etapas, são elas: Histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento e metas, prescrição de enfermagem e avaliação.

Com base nessas informações é possível elaborar o plano de cuidado desses indivíduos, tendo como base o diagnóstico de enfermagem e metas a serem obtidas, bem como, prescrição de enfermagem, a justificativa para essa linha de cuidado e os resultados esperados do paciente.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

O enfermeiro atua efetivamente na prevenção da infecção pelo vírus do HIV, seja na atenção básica ou CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), através de medidas educativas e de conscientização da população com enfoque na parcela da população que possuem atividades consideradas de risco.

Mantendo o foco no CTA, órgão responsável por cuidados mais específicos e a realização dos testes laboratoriais para outras IST's (Hepatite B, sífilis, etc.), este seguimento segue as diretrizes para sua organização e funcionamento, publicado pelo Ministério da Saúde

em 2010. Nestas diretrizes, a organização das atividades de prevenção é dividida em duas categorias: Atividades internas e externas, que serão abordadas a seguir.

Atividades internas

O CTA dispõe de uma lista de atividades internas, são elas:

Aconselhamento; Grupos para segmentos populacionais específicos; Disponibilização de insumos de prevenção; Atividades educativas; Disponibilização de material educativo e informativo; Orientação sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos, inclusive com disponibilização de kits para redução de danos; Outras, a serem definidas de acordo com a realidade do serviço (BRASIL, 2010, p. 25).

A primeira atividade é o aconselhamento, realizado antes e após a realização dos testes para o diagnóstico da doença.

Organizar grupos para segmentos populacionais específicos, como profissionais do sexo, pessoas que convivem com alguma IST e dependentes químicos, pois esta parcela da população está mais exposta a fatores de riscos, tornando-os público alvo dessas medidas. O intuito é realizar uma roda de discussão a fim de compartilhar suas experiências e adquirir conhecimento a respeito da doença, prevenção, etc.

Distribuir insumos de prevenção, como preservativos masculinos e femininos e gel lubrificante. Esses materiais devem ficar em local de fácil acesso, para que não haja constrangimento por parte da população, isso porque boa parte da população ainda se sente constrangida em obter preservativos por conta do medo do julgamento que ainda paira sobre a vida sexual.

Disponibilizar materiais educativos que visem à informação de forma didática e simplificada para facilitar o entendimento de todos. A educação em saúde deve atender o âmbito da sexualidade, principalmente para a faixa etária da adolescência, a informação e desconstrução de ideias que segreguem e discrimine. E realizar qualquer outra atividade que julgue necessário com base na realidade do local de atuação.

Atividades Externas

O CTA também dispõe sobre atividades extramuros, com o objetivo de ir até a parcela da população que não buscam as unidades de saúde, são elas:

Ações de redução de danos em campo; Aconselhamento individual e/ou coletivo no pré-teste; Aconselhamento individual no pós-teste; Atividades educativas em instituições, por exemplo, escolas, instituições comunitárias de base, empresas,

presídios, etc.; Distribuição de material informativo e de insumos de prevenção em locais públicos ou eventos; Atividades de prevenção em campo para segmentos mais vulneráveis; Atividades de divulgação dos CTA;CTA volante;Outras, a serem definidas de acordo com a realidade do serviço (BRASIL, 2010, p. 25).

Realizar atividades com a finalidade de reduzir danos, principalmente em dependentes químicos, com intuito de evitar uma complicação ou infecção por meio da educação sobre o uso de descartáveis. O enfermeiro deve orientar e distribuir materiais descartáveis para os indivíduos que usam drogas injetáveis, e que se recusam a ou não conseguem se desvencilhar da dependência.

Elaborar ações educativas em instituições como presídios, escolas, instituições comunitárias, entre outros. Nas escolas, o enfermeiro deve dar enfoque na educação sexual para o público adolescente, pois estes estão dentro de um grupo em ascensão no número de novos casos, pois, para os pais destes jovens ainda é um tabu falar sobre sexualidade e o enfermeiro, em especial o da atenção básica, tem o dever de fornecer orientações a esses jovens.

Distribuir materiais informativos e de prevenção em ambientes públicos. Parte da população se sente envergonhada em buscar as unidades de saúde para terem acesso a preservativos, então ajudar a quebrar esta barreira é essencial na prevenção.

Atividades de divulgação das unidades de saúde, do funcionamento e localidade das mesmas, a fim de estimular a população a buscar os serviços de saúde e cuidarem da própria saúde. E quaisquer outras ações que o enfermeiro julgue necessário com base nas condições referentes ao local de atuação.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se através deste estudo, que o processo histórico do HIV/AIDS foi muito marcante para o desenvolvimento do estigma. O momento em que os primeiros casos surgiram foi decisivo para que isso ocorresse, já que naquele contexto as informações não eram concretas e as poucas que se tinham, não eram disseminadas com eficiência.

Solução do problema

O objetivo principal deste estudo foi analisar como o enfermeiro atua para diminuir o preconceito sofrido por pessoas com HIV/AIDS; é evidente que o enfermeiro, juntamente com a equipe de enfermagem, atua de forma única, tendo o diferencial por ser o profissional mais acessível ao paciente. Mesmo embasado cientificamente, carrega consigo o cuidado humanizado como essência.

A análise do contexto com enfoque no estigma permitiu esclarecer como isso ocorreu, para que se compreenda o processo em que seu surgimento aconteceu, uma vez que este foi o objetivo proposto.

Quanto aos objetivos específicos, a exclusão vivida pela parcela da população que convivem com a doença influencia diretamente em como o paciente irá lidar com seu meio social. Outra vertente salientada é como isso pode comprometer a adesão do mesmo ao tratamento, podendo afastá-lo deste importante processo de controle da doença.

De fato, a doença em si e suas complicações, na maioria das vezes, não é o pior que a patologia carrega, já que o tratamento e as medidas de controle são mais eficientes atualmente, todavia o preconceito e o estigma são destrutivos a ponto de excluir e reprimir àqueles que convivem com o vírus/doença.

Como se pôde constatar, a adaptação à nova realidade imposta pelo HIV/AIDS é complexa, pois envolve a aceitação tanto do indivíduo quanto dos familiares e entes queridos, salientando o papel do enfermeiro nesse ponto, uma vez que ele é capacitado para realizar aconselhamento em parceria com a equipe multiprofissional.

Foi verificado que o enfermeiro atua efetivamente em todos os aspectos da infecção/doença, uma vez que planeja e implementa medidas de controle. Mas a atuação da enfermagem não se limita à prevenção, cabendo ao enfermeiro desempenhar um papel nas complicações psicossociais da patologia, como visto no processo de enfermagem.

Ficou claro que a educação em saúde faz-se necessária à população, uma vez que o preconceito é resultado da ignorância. Isso ressalta a importância do profissional de enfermagem no desenvolvimento de ações que visem acolher as pessoas com HIV/AIDS, orientá-los e a seus familiares, bem como, a população de modo geral.

REFERÊNCIAS

AMARO, Sarita Teresinha Alves. A questão da mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. Saúde e Sociedade, [s.l.], v. 14, n. 2, ago. 2005. FapUNIFESP.

ALMEIDA, Maria Rita de Cassia Barreto de; LABRONICI, Liliana Maria. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. Ciênc. Saúde Coletiva, [s.l.], v. 12, n. 1, p.263-274, mar. 2007.

BARATA, Germana Fernandes. O Fantástico apresenta a doença ao público (1983 a 1992). p.10-158, 2006. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/d.8.2006>.

BARBOSA, Thiago Luis de Andrade et al. Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária: percepção e prática profissional. *Acta Paul. Enferm.*, [s.l.], v. 28, n. 6, p.531-538, dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aids: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento. [S.l.: s.n.], 2003. 03 p.

_____. Ministério da Saúde. HIV/AIDS: Perguntas e Respostas. [S.l.: s.n.], 2006. 107 p.

_____. Ministério da Saúde. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV. [S.l.:s.n.], 2008. 13-29 p.

_____. Ministério da Saúde. DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CTA DO BRASIL. 1. ed. Brasília: [s.n.], 2010. 21-25 p.

_____. Ministério da Saúde. MANUAL TÉCNICO PARA O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV. [S.l.: s.n.], 2013. 25 p.

_____. Ministério da Saúde. COM O TRATAMENTO, VOCÊ É MAIS FORTE QUE A AIDS: Dia Mundial de luta contra a Aids. [S.l.: s.n.], 2015. s/p .

_____. UnAids. Especialistas debatem impactos do estigma e da discriminação na resposta ao HIV. 2016. .

_____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. HIV/AIDS . Brasília, 2016

CARVALHO, Gisele dos Santos. PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: VIVÊNCIAS DO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL. 2008. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade de Londrina, Londrina, 2008.

CARVALHO, Simone Mendes ; PAES, Graciele Oroski. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Rio de Janeiro: 8 Cad. Saúde Colet, 2011.

GOFFMAN, Erving. ESTIGMA - NOTAS SOBRE A MANIPULAÇÃO DA IDENTIDADE DETERIORADA..1891.04-06 p.

LAZZAROTTO, Alexandre et al. HIV/aids e meia idade: avaliação do conhecimento de indivíduos da região do Vale do Sinos (RS), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio Grande do Sul, 15(Supl. 1):1185-1190, 2010.

MALISKA, I. C. A et al. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 1 (2009).

SANTOS, Viviane Cordeiro dos. Práticas do enfermeiro no Programa de HIV/AIDS nos Centros Municipais de Saúde no município do Rio de Janeiro. 2009. 80 f. Centro biomédico (enfermagem)- universidade do estado do rio de janeiro, [S.l.], 2009.

TERTO JUNIOR, Veriano. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. Horiz. Antropol, vol.8 no.17 Porto Alegre June 2002.

VALLE, Carlos Guilherme do. Identidades, doença e organização social: um estudo das. Horizontes Antropológicos, [s.l.], v. 8, n. 17, p.179-210, jun. 2002.

ZUCCHI, Eliana Miuraetalal. Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por Aids. Educ. Pesqui.,[s.l.], v. 36, n. 3, p.721-722, dez. 2010.