

## Representações sociais de profissionais de saúde sobre HIV/AIDS: uma análise estrutural

*Health personnel's social representations of HIV/AIDS: a structural analysis*

*Representaciones sociales de profesionales de la salud sobre el VIH/SIDA: un análisis estructural*

Yndira Yta Machado<sup>I</sup>; Denize Cristina de Oliveira<sup>II</sup>; Virginia Paiva Figueiredo Nogueira<sup>III</sup>;  
Antonio Marcos Tosoli Gomes<sup>IV</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** analisar a estrutura da representação social sobre o HIV/AIDS para os profissionais de saúde. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, realizado com 214 profissionais, trabalhadores de unidades de saúde dos municípios do Rio de Janeiro e Niterói. Para a coleta de dados, utilizou-se questionário de caracterização sócio-profissional e questionário de evocações livres. A análise foi realizada com auxílio dos softwares SPSS e EVOC. **Resultados:** constatou-se que a representação social do HIV/AIDS para os profissionais tem as palavras preconceito, medo, prevenção e cuidado no núcleo central. Os termos *preconceito* e *medo* sugerem a manutenção de significados negativos presentes na memória desses profissionais. Em contrapartida, os elementos *cuidado* e *prevenção* caracterizam a valorização atribuída pelos profissionais às práticas preventivas necessárias ao enfrentamento da doença. **Conclusão:** estudo contribuiu para a melhor compreensão do conteúdo e da estrutura das representações em foco, mas são necessárias mais pesquisas sobre o papel da normatividade social neste processo.

**Palavras-chave:** Representações sociais; evocações livres; HIV/AIDS; profissionais de saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** to examine the structure of social representation of HIV/AIDS to health personnel. **Method:** a quali-quantitative, descriptive study was conducted with 214 health personnel from Rio de Janeiro and Niteroi. Data were collected using two questionnaires, one socio-professional and the other, free evocation, and were analyzed using the SPSS and EVOC software. **Results:** the central core of the health personnel's social representations of HIV/AIDS was found to include the terms prejudice, fear, prevention and care. The terms prejudice and fear suggest that adverse meanings present in these personnel's memories are maintained. On the other hand, the terms care and prevention characterize the value that health personnel attribute to preventive practices required to combat the disease. **Conclusion:** the techniques applied here contributed to a better understanding of the content and structure of the representations in question, but more studies are needed of the role of social norms in this process.

**Keywords:** Social representations; free evocations; HIV/AIDS; health professionals.

### RESUMEN

**Objetivo:** analizar la estructura de la representación social del VIH/SIDA para los profesionales de la salud. **Método:** estudio cuantitativo, cualitativo y descriptivo, que se realizó junto a 214 profesionales que trabajan en unidades de salud de las ciudades de Río de Janeiro y Niterói. Los datos se recogieron mediante un cuestionario de caracterización socio-profesional y evocaciones libres. El análisis se realizó utilizando los softwares SPSS y EVOC. **Resultados:** se verificó que, en la representación social del VIH/SIDA para los profesionales, constan como núcleo de representación las palabras: *prejuicio*, *miedo*, *prevención* y *atención*. Los términos *prejuicio* y *miedo* sugieren mantener significados negativos presentes en la memoria de estos profesionales. Por otra parte, los elementos *atención* y *prevención* caracterizan la valorización atribuida por los profesionales a las prácticas preventivas necesarias para hacer frente a la enfermedad. **Conclusión:** se concluye que este estudio contribuyó para la mejor comprensión del contenido y la estructura de las representaciones en foco, sin embargo son necesarios más estudios sobre el papel de la normatividad social en este proceso.

**Palabras clave:** Representaciones sociales; evocaciones libres; VIH/SIDA; profesionales de la salud.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida em meados de 1981, nos Estados Unidos da América (EUA), a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco com sinais e sinto-

mas semelhantes<sup>1</sup>. No Brasil, a síndrome caracterizou-se, desde o início dos anos 80, como um problema do setor saúde, fazendo com que a maior parte das políticas públicas emanasse deste setor, incluindo ações programáticas de prevenção e controle da epidemia<sup>2</sup>.

<sup>I</sup>Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: yndiramachado@gmail.com.

<sup>II</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: dcouerj@gmail.com.

<sup>III</sup>Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: virginiafigueiredo@yahoo.com.br.

<sup>IV</sup>Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: mtosoli@gmail.com.

Atualmente, a epidemia do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e aids caracteriza-se como um mosaico de subepidemias regionais<sup>3,4</sup>. Assim, diante das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV revela uma epidemia de múltiplas dimensões que vem sofrendo transformações epidemiológicas significativas ao longo dos anos<sup>4</sup>.

A aids configurou-se como a primeira entidade mórbida na qual as construções biomédica, simbólica e social aconteceram de forma conjunta. Essa configuração, delimitou três fases marcantes no contexto da epidemia, conforme exposto por Jonathan Mann, em 1987, quais sejam: a epidemia da infecção pelo HIV – uma disseminação silenciosa e imperceptível do vírus; a própria epidemia da aids – manifestada pelo aparecimento dos sintomas de doença infecciosa; e a epidemia das respostas sociais, culturais, econômicas e políticas à aids, caracterizada por reações carregadas de estigma, discriminação e, por vezes, negação e repulsa da coletividade<sup>5</sup>.

Os contextos político e epidemiológico permitem circunscrever quatro momentos históricos vivenciados pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), no que se refere à formação de representações, ao acesso aos cuidados e à qualidade de vida, considerando a sua aproximação do fenômeno do HIV/AIDS. Um primeiro momento caracterizado pelo início da epidemia, anos 80; segundo momento após a regulamentação da Lei de Universalização dos Antirretrovirais, a partir de 1996; terceiro momento, com a queda expressiva da mortalidade e o recrudescimento da esperança no futuro, anos 2000; e um quarto momento - nos anos recentes - com a cronicização da aids, na qual as representações passaram a ter como periférica a noção de morte, conformando novas formas de pensar a patologia e trazendo a qualidade de vida para a cena das preocupações imediatas<sup>5,6</sup>.

Frente às observações relatadas, foi estabelecido, como objetivo deste estudo, analisar a estrutura da representação social sobre o HIV/AIDS para profissionais de saúde que atuam em nível ambulatorial nas cidades do Rio de Janeiro e Niterói.

Neste sentido, objetivou-se analisar a estrutura da representação social sobre o HIV/AIDS para profissionais de saúde que atuam em nível ambulatorial nas cidades do Rio de Janeiro e Niterói.

## REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

As representações sociais são definidas como um conjunto de conceitos, proposições e explicações que são construídos no cotidiano, tendo como veículo de sua constituição as comunicações interpessoais<sup>7</sup>. A teoria proposta por Moscovici é considerada uma *grande teoria*, em relação à qual surgiram abordagens complementares e, entre estas, a Teoria do Núcleo Central, com o propósito de torná-la mais heurística para a prática social e para a pesquisa<sup>8</sup>.

A ideia principal da Teoria do Núcleo Central é a de que a organização de uma representação social apresenta-se em torno de um núcleo central, composto por um ou mais elementos, que dão significado à representação. O núcleo central é determinado pelo tipo e pela natureza do objeto representado, pelos tipos de relações que o grupo mantém com este objeto e pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o ambiente ideológico do grupo<sup>9</sup>.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantiquantitativa, tendo como base a TRS, que pode ser definida como conhecimento socialmente elaborado e compartilhado com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade, comum a um grupo social. Pode ser igualmente designada como saber de senso comum<sup>10</sup>.

O estudo foi desenvolvido em unidades ambulatoriais de assistência em HIV/AIDS nas cidades do Rio de Janeiro e Niterói, realizado com 214 profissionais de saúde que atuam diretamente no cuidado às PVHA. Para a coleta de dados, foi aplicado um questionário de caracterização dos participantes e outro contendo a coleta de evocações livres, sendo realizada no ano de 2012.

A aplicação da técnica de evocações livres em estudos de grupos sociais permite estudar os estereótipos sociais que são compartilhados espontaneamente pelos membros do grupo e visualizar as dimensões estruturantes do universo semântico específico das representações sociais<sup>11</sup>.

Para a realização da coleta das evocações livres, foi solicitado aos profissionais, que aceitaram participar do estudo, que produzissem cinco palavras ou expressões que lhe ocorressem a partir do termo indutor HIV/AIDS.

A análise dos dados ocorreu por meio de dois *softwares*: *SPSS* e *EVOC* 2005. Desta forma, na análise dos dados do instrumento de identificação pessoal e socioprofissional, foi utilizado o *software SPSS*, programa estatístico com a função de auxiliar pesquisadores na manipulação, análise e apresentação de resultados de análise de dados<sup>12</sup>. Para análise das evocações livres, foi empregado o *software EVOC* 2005, que permite a apreensão da organização do conteúdo da representação social, bem como de sua estrutura.

Foram respeitadas as normas e diretrizes para a realização de estudos envolvendo seres humanos. No momento da coleta de dados, a Resolução vigente era a nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sendo aprovado com número de protocolo 048.3.2010.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da distribuição dos participantes do estudo por sexo mostra uma concentração de indivíduos do sexo feminino – 172(80,4%) do quantitativo total de entrevistados –, enquanto 42(19,6%) são do

sexo masculino. A faixa etária predominante do grupo estudado foi de 46 a 55 anos, representando 92(43%) indivíduos, seguida da faixa etária até 35 anos – 45(21%) – e pelos profissionais com idade superior a 56 anos, com 39(18,2%). Completando o grupo, encontraram-se 38(17,8%) entrevistados com idade entre 36 e 45 anos.

Quanto ao maior nível de formação referido, observa-se que o maior quantitativo de profissionais possui especialização – 103(48,1%) –, seguido por profissionais com mestrado/doutorado – 41(19,2%). Do total, 36(16,8%) possuem apenas o ensino médio e o menor percentual foi de profissionais apenas graduados, totalizando 33(15,4%).

Quanto à distribuição dos participantes de acordo com o setor de atuação, 26(12,1%) profissionais desenvolvem suas atividades em Centro de Aconselhamento e Testagem, 29(13,6%) em Serviço de Assistência Especializada, seguido por 15(7%) atuantes em centro de referência e 126(58,9%) atuam em ambulatório especializado.

#### Análise da estrutura da representação social de profissionais de saúde acerca do HIV/AIDS

O produto das evocações livres constituiu um total de 1056 palavras, sendo que, destas, 201 são diferentes. Os pontos de corte definidos para esta análise correspondem a: frequência mínima (11), frequência média (26) e *rang* médio de evocação (3,0), que corresponde à média de posição de cada palavra no *corpus* analisado, conforme mostra a Figura 1, que apresenta os resultados da análise prototípica do conjunto de profissionais dos dois municípios estudados.

Os dados apresentados permitem apontar os possíveis elementos centrais, que constituem o *núcleo central* da representação do HIV/AIDS para os profissionais de saúde. São eles: *preconceito*, *medo*, *prevenção* e *cuidado*.

A palavra *preconceito* destaca-se por possuir a maior frequência, ficando as outras três em equilíbrio

quantitativo e bastante distante da primeira. Quanto à ordem de evocação, são priorizadas pelos profissionais as palavras *preconceito*, seguida de *prevenção* e *medo*, que apresentam as menores ordens médias de evocações (OME). A palavra *cuidado* apresenta a menor frequência e a maior ordem média de evocação, permitindo questionar a sua posição central.

As evocações *medo* e *preconceito* apresentam características normativas, ligadas ao sistema de valores do grupo estudado, o que permite ao núcleo central exercer o seu duplo papel, avaliativo e pragmático<sup>13</sup>. Já as evocações *cuidado* e *prevenção* indicam uma dimensão funcional, apresentando, portanto, um caráter funcional.

O caráter funcional privilegia na representação e na constituição do núcleo central elementos mais importantes para a realização e justificação de uma tarefa, ou seja, elementos ligados a uma ação, que, no caso deste estudo, refere-se ao enfrentamento da doença através das tecnologias disponibilizadas para o combate ao HIV/AIDS<sup>13</sup>.

A palavra *preconceito* possui a maior frequência de evocação e foi a mais prontamente evocada, podendo ser caracterizada como o elemento mais importante da análise. Esse termo caracteriza-se pela interseção com a memória do grupo estudado relativa à epidemia do HIV/AIDS, abrangendo opiniões formadas antes mesmo da constituição de conhecimentos científicos sobre o vírus e a síndrome, atitude emocionalmente condicionada, baseada em crenças e generalizações, determinando antipatia e estigmatização dos indivíduos ou grupos que apresentam o HIV/AIDS.

No caso de uma enfermidade como a aids, estudos indicam que o desconhecimento generalizado sobre as formas de transmissão pode acirrar *preconceitos* e atitudes desfavoráveis em relação àqueles que foram infectados pelo HIV, tal como tem ocorrido com outras doenças<sup>14</sup>. A palavra *preconceito* corresponde ao que Mann denomi-

| OME < 3,0  |                     |       |           | ≥ 3,0                 |       |        |
|------------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|-------|--------|
| Freq. Med. | Termo evocado       | Freq. | O.M.E.    | Termo evocado         | Freq. | O.M.E. |
| ≥ 26       | preconceito (-)     | 90    | 2,344     | tratamento (+)        | 43    | 3,047  |
|            | medo (-)            | 35    | 2,486     | adesão-tratamento (+) | 41    | 3,171  |
|            | prevenção (+)       | 34    | 2,382     | medicamento (+)       | 34    | 3,206  |
|            | cuidado (+)         | 34    | 2,735     |                       |       |        |
| < 26       | morte (-)           | 22    | 2,864     | sexualidade (+-)      | 19    | 3,211  |
|            | sofrimento (-)      | 20    | 1,700     | esperança (+)         | 16    | 3,438  |
|            | doença (-)          | 20    | 2,050     | renascimento (+)      | 15    | 3,067  |
|            | tristeza (-)        | 20    | 2,700     | ajuda (+)             | 15    | 3,733  |
|            | doença-crônica (+-) | 17    | 1,588     | exames (+-)           | 14    | 3,143  |
|            | acolhimento (+)     | 11    | 2,545     | camisinha (+)         | 14    | 3,286  |
|            |                     |       |           | responsabilidade (+)  | 12    | 3,250  |
|            |                     |       | saúde (+) | 12                    | 3,667 |        |

FIGURA 1: Quadro de quatro casas referente às evocações dos profissionais de saúde ao termo indutor HIV/AIDS. Rio de Janeiro e Niterói - RJ, Brasil, 2014. (n = 214 sujeitos, Fmín = 11; Rang médio = 3,0; Fméd = 26)

nou, em 1987, como a terceira epidemia, ou seja, a epidemia de significados, com efeitos tão ou mais deletérios e sinérgicos aos da epidemia do HIV/AIDS propriamente dita, como a estigmatização e a discriminação<sup>15</sup>.

O segundo elemento mais frequente na análise em tela refere-se a *medo*, que associado à palavra *preconceito* constitui o caráter normativo da representação. O *medo* gerado pelo HIV/AIDS e incorporado à representação social surge como um sentimento negativo capaz de gerar o *preconceito* e que pode reforçar as noções presentes no núcleo central, e possui um caráter contra-normativo, sobretudo ao ser expresso por profissionais de saúde. Esse grupo, supostamente, deveria apoiar suas construções simbólicas em elementos de realidade relativos aos riscos reais de contágio e às possibilidades de enfrentamento da doença.

As doenças que causam mais *medo* são as consideradas não apenas letais, mas, também, desumanizadoras, com a associação de alterações físicas e comportamentais peculiares. Além disso, destaca-se a ancoragem da aids na peste, há muito utilizada como metáfora para os piores males coletivos, possibilitando uma moralização da doença, por meio de uma atmosfera de sua generalização<sup>16</sup>.

Em um estudo foram constatadas mudanças nas representações sociais da aids no grupo de profissionais de saúde. Elementos que anteriormente formavam o núcleo central da representação migraram para a periferia, como o termo *morte*. Elementos centrais anteriormente negativos passaram a positivos, após a transição do conceito de doença fatal para doença crônica<sup>6</sup>.

Os elementos *prevenção* e *cuidado* apresentam caráter pragmático, portanto possuem associação com as práticas desenvolvidas pelos profissionais no contexto do HIV/AIDS e sugerem uma atitude positiva frente ao objeto. A palavra *prevenção* foi a segunda mais prontamente evocada, dentre as demais presentes no provável núcleo central.

As ações de *prevenção* no âmbito da vida privada assumem significativa posição no âmbito da aids, como, por exemplo, a intensa relação entre prevenção e o uso de preservativo nas relações sexuais.

As ações de controle e combate à doença representam importante avanço na estratégia de saúde e articulam intervenções de *prevenção* e assistência, além da vigilância dos casos de HIV/AIDS, conforme previsto na política nacional anteriormente citada. Portanto, entende-se que devam ser mais divulgadas e incorporadas no discurso dos profissionais e da população em geral, para que estes possam compreender seus papéis sociais na consolidação das políticas<sup>17</sup>.

O termo *cuidado*, associado à *prevenção*, caracteriza a introdução de elementos positivos na representação do HIV/AIDS e apresenta relação com o cuidado profissional prestado à PVHA, mas também com o autocuidado que o profissional deve ter consigo mesmo para evitar a contaminação.

Neste sentido, a cognição *cuidado* caracteriza-se por duas dimensões relacionadas ao conhecimento e ao afeto, quais sejam, as medidas de autoproteção ao HIV na vida pessoal e o cuidado prestado pelos profissionais de saúde aos seus clientes, da mesma forma que na cognição *prevenção*.

A equipe de saúde estabelece uma relação permeada no cuidar, tanto por valores morais, éticos e sociais, quanto pela interferência do meio. Sendo, portanto, o processo de cuidar influenciado pela formação pessoal e personalidade do cuidador, adquiridos através de suas experiências, crenças e cultura<sup>18</sup>.

O sistema periférico de uma representação social é composto pela primeira e segunda periferia. A primeira periferia promove a interface entre a realidade concreta e o sistema central e possui a característica de suportar a heterogeneidade e as contradições de grupo<sup>13</sup>.

Os elementos que constituem a primeira periferia são *tratamento*, *adesão-tratamento* e *medicamento*, apresentando uma dimensão conceitual e pragmática dos profissionais de saúde sobre as tecnologias de combate medicamentoso ao HIV/AIDS. Esses termos são elementos relacionados ao avanço da terapia antirretroviral (TARV).

O aspecto mais importante no que se refere ao *tratamento* da aids no Brasil, segundo os participantes, é a disponibilização dos *medicamentos* na rede pública de saúde e ações profissionais que proporcionem a *adesão ao tratamento*.

A instituição da TARV tem por objetivo diminuir a morbidade e mortalidade das PVHA, melhorando a qualidade e a expectativa de vida, e não erradicar a infecção pelo HIV. Desde o surgimento dos primeiros esquemas antirretrovirais, buscou-se definir critérios para início do *tratamento* com base nas estimativas de risco de infecções oportunistas, evolução para aids e óbito<sup>19</sup>.

A introdução dessa terapia permitiu uma redução significativa da mortalidade por aids, bem como um aumento no tempo de vida, culminando com sua classificação como uma doença com características cada vez mais próximas da cronicidade<sup>20</sup>. Assim, a presença da cognição *tratamento* aponta, também, para a possibilidade de um processo de mudança no contexto das representações sociais da aids, as quais se encontravam, no início da epidemia, fortemente ligadas à ideia de morte<sup>15,21,22</sup>.

No que remete a *adesão ao tratamento* antirretroviral, este passou a compor as estratégias de atenção às PVHA desde 1996, com a introdução da terapia antirretroviral e é a principal ferramenta para controle da doença e sua disseminação, para aumentar a sobrevivência e melhor qualidade de vida dessas pessoas.

A segunda periferia da representação assegura, de forma parcial, a estabilidade da representação, conferindo uma proteção para o núcleo central<sup>9</sup>. Foi constituída por oito elementos que são: *sexualidade*, *esperança*, *renascimento*, *ajuda*, *exames*, *camisinha*, *responsabilidade* e *saúde*. Esses elementos expressam significados atitu-

dinais positivos, numa dimensão afetiva e com caráter humanístico direcionado a uma melhor qualidade de vida para as PVHA. Sugerem, ainda, uma visão mais complexa do processo saúde-doença, envolvendo a subjetividade e a percepção da necessidade de uma rede social de ajuda para aqueles que convivem com a doença.

Os termos *ajuda*, *responsabilidade* e *saúde* remetem à vivência do profissional no contato direto com a PVHA, bem como sua responsabilidade e atuação sobre a sua própria saúde, possuindo uma dimensão conceitual e afetiva.

Os elementos *sexualidade* e *camisinha* apresentam uma dimensão imagética relacionada à vivência da sexualidade associada à proteção, bem como às ações de prevenção desenvolvidas pelos profissionais, associadas ao uso do preservativo como forma de proteção contra a exposição ao HIV.

*Esperança* e *renascimento* traduzem a dimensão afetiva da representação e possuem relação com *doença-crônica*, presente nos elementos de contraste, além de tratamento e adesão-tratamento presentes na primeira periferia, uma vez que a inserção da TARV aumentou a qualidade e a expectativa de vida das PVHA, aproximando a representação de *esperança* e afastando a imagem de *morte*, caracterizando a aids como *doença-crônica*.

Com o advento da descoberta dos antirretrovirais e a possibilidade do controle da doença e seus agravos, o sentimento de morte iminente foi dando lugar ao sentimento de esperança no futuro. A possibilidade de viver gerou a expectativa de conquistar novos horizontes e a capacidade de as pessoas reorganizarem suas vidas<sup>23</sup>.

O quadrante inferior esquerdo – ou zona de contraste – pode revelar elementos que reforçam as noções presentes no núcleo central e na primeira periferia, ou revelar a existência de um subgrupo que sustenta uma representação distinta da maioria. Pode, ainda, apontar mudanças representacionais em curso, do centro para a periferia<sup>6,13</sup>.

Encontram-se, nesse quadrante, os termos *morte*, *sofrimento*, *doença*, *tristeza*, *doença-crônica* e *acolhimento*, que reforçam os elementos contranormativos do núcleo central. Essa contranormatividade caracteriza-se pela influência da memória do início da epidemia na representação atual. Esses elementos são evidenciados por uma dimensão imagética da doença, de caráter negativo, ancorada na memória, pois ainda faz parte das representações sociais dos profissionais de saúde relacionadas à *morte* de pessoas acometidas pela doença no início da epidemia.

A significação da *morte* iminente estabelece-se no momento do diagnóstico, considerando que é o instante de confrontação com a situação fronteira entre a vida/saúde e a morte/doença. Após o contato com os profissionais de saúde e outras PVHA, associado à ausência de sintomas da doença, a morte deixa de se colocar como algo imediato. Contudo, a confirmação da fragilidade da vida torna-se o centro de tudo, pois não se sabe como agir e essa confrontação com uma realidade não concreta pode gerar muito sofrimento<sup>24</sup>.

Numa pesquisa, foram constatadas mudanças nas representações sociais da aids para os profissionais de saúde. Elementos que anteriormente formavam o núcleo central da representação migraram para a periferia, como o termo morte. Elementos centrais anteriormente negativos passaram a positivos após a transição do conceito de doença fatal para doença crônica, ocorrendo uma diminuição na importância da *morte* em decorrência do processo de transformação das representações sociais da aids por profissionais de saúde, pois as relações humanas constroem um simbolismo complexo, capaz de ampliar o conhecimento associado à síndrome e às práticas profissionais de saúde<sup>6</sup>.

A infecção pelo HIV/AIDS é hoje considerada uma *doença crônica* em pacientes com boa adesão e continuidade do tratamento com antirretrovirais. Embora o sucesso da TARV seja inquestionável, a cura ainda não é possível e as PVHA devem manter a adesão ao longo da vida, enfrentando o risco de efeitos tóxicos das drogas. Além disso, mesmo diante do controle da infecção, existe a cronicidade do vírus e a presença de inflamação, com elevado risco de complicações, muitas vezes associado com o envelhecimento. Isto representa um desafio para muitos sistemas de saúde, visto que a epidemia está longe de ser controlada e está apenas mudando sua face<sup>25</sup>.

Apresentam-se nos elementos de contraste *sofrimento* e *tristeza* que podem ser caracterizados como afetivos negativos. A dimensão do *sofrimento* comumente ocorre nas PVHA, podendo relacionar-se aos diferentes sofrimentos emocionais vivenciados, como preconceito, convivência com a doença ou a uma expressão de solidariedade. Este sentimento negativo intensifica-se na condição de irreversibilidade da doença, associado aos sentimentos de medo, morte, rejeição, angústia e tristeza<sup>26</sup>.

A PVHA continua vivendo uma dupla jornada de *sofrimento*; de um lado, o sofrimento físico, ocasionado por uma doença que ainda é mortal, mesmo com os avanços da medicina com os chamados coquetéis antirretrovirais; de outro, há o sofrimento social, causado pelo olhar excludente dirigido ao portador que, em muitas ocasiões, pode ser ainda mais grave e devastador<sup>27</sup>. O aparecimento dos efeitos indesejáveis, associados ao uso prolongado dos antirretrovirais, determina a presença de léxicos negativos como *sofrimento* e *tristeza*<sup>6</sup>.

O elemento *acolhimento* remete a ações afetivas do cuidado em saúde e também uma ação prevista na Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)<sup>28</sup>. O *acolhimento* é o momento em que o paciente é recebido no serviço e essa acolhida diz respeito tanto à abertura dos serviços públicos para a demanda, quanto à vocação de responsabilizar-se pelos problemas de saúde de uma localidade<sup>29</sup>.

O *acolhimento* modifica radicalmente o processo de trabalho, pois abre a possibilidade para que os profissionais possam receber, escutar e solucionar problemas de saúde trazidos pelos usuários<sup>30</sup>. O *acolhimento*, associado ao cuidado empático, minimiza os efeitos deletérios do diagnóstico de HIV positivo e atenua o sofrimento durante

a continuidade do seu acompanhamento. O ato de cuidar, acolher e compreender no processo saúde-doença enfoca valores tais como a fé, esperança, confiança, as necessidades humanas, ética e a moral<sup>26</sup>.

## CONCLUSÃO

Neste estudo, foram identificados diversos conteúdos e dimensões que compõem a representação social do HIV/AIDS para os profissionais que assistem as PVHA nos municípios do Rio de Janeiro e Niterói. Dentre esses conteúdos, destacam-se elementos afeitos à memória, atitudes, conhecimento, sentimentos e imagens.

A representação social do HIV/AIDS para os profissionais de saúde foi construída tendo como elementos centrais os sentidos de preconceito e medo diante da doença, apresentando forte conteúdo ligado às memórias sociais do grupo de estudo. Muito embora tenham ocorrido mudanças no perfil da doença, do tratamento e também das PVHA na atualidade, marcas do passado – como o estigma e o preconceito – ainda se fazem presentes nas representações desses profissionais, apontando para sua permanência nas representações atuais.

Em contrapartida, a representação estrutura-se em uma dimensão pragmática, de práticas positivas acerca do enfrentamento da doença, caracterizadas pelas palavras presentes no núcleo central. Esses significados caracterizam a valorização atribuída pelos profissionais às práticas preventivas necessárias ao enfrentamento da doença e do vírus, bem como refletem as práticas de cuidado implicadas.

Uma limitação desse estudo aponta a dificuldade do pesquisador no momento da coleta de dados, quando da evocação das palavras pelos profissionais de saúde.

Além disso, novos estudos devem ser realizados no sentido de confirmar a centralidade dos elementos da representação social, utilizando-se outras formas de análise complementares.

Acredita-se que essa pesquisa possa contribuir para entender como os profissionais pensam sobre o HIV/aids e proporcionar reflexões que possibilitem um aperfeiçoamento profissional, para melhorar a atenção a PVHA.

## REFERÊNCIAS

- Galvão J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. São Paulo: Editora 34; 2000.
- Farah MFS. Gênero e políticas públicas. Rev. de Estudos Feministas. 2004; 12:47-71.
- Castilho EA, Chequer P, Szwarcwald CL. A AIDS no Brasil. In: Rouquayrol MZ & Almeida Filho, N. Epidemiologia e saúde. 5ªed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.
- Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2000; 34:207-17.
- Oliveira DC. A teoria de representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZA. Teoria das representações sociais 50 Anos. Brasília: Technopolitik; 2011:585-624.
- Oliveira DC. Construção e transformação das representações sociais da AIDS e implicações para os cuidados de saúde. Rev. Latino-Am. Enfer. 2013; 21(Spec):[10 telas]: 276-86.
- Moscovici S. Social Cognition: perspectives on everyday understanding. London: Academic Press; 1978.
- Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
- Abriç JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP & Oliveira DC, organizadores. Estudos Interdisciplinares de Representação Social. 2ª ed. Goiânia: AB editora; 2000: 27-38.
- Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001:17-44.
- Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MCTV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Paredes AS. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa (PB): Editora Universitária UFPB; 2005:573-603.
- Maroco J. Análise Estatística: com o SPSS *Statistics*. 5ªed. Lisboa: Pero Pinheiro; 2011.
- Abriç JC. A abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos PHF, Loureiro S, organizadores. Representações sociais e práticas educativas. Goiânia: UCG; 2003.
- Seidl EMF, Ribeiro TRA, Galinkin AL. Opiniões de jovens universitários sobre pessoas com HIV/AIDS: um estudo exploratório sobre preconceito. Psico-USF (Impr.), 2010; 15:103-12.
- Oliveira DC, Lorenzini EA, Giami A, Vargens OMC, Acioli SO; Gomes AMT et al. Representações e memória profissional da AIDS de enfermeiras no Brasil: estudo bicêntrico Rio de Janeiro/Florianópolis. Psicol. teor. prat. 2007; 9:114-118.
- Sontag S. AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- Valois BRG. Representações sociais da AIDS por enfermeiras das redes básica e hospitalar. [Dissertação] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012.
- Mendes PW, Castro ES, Ferreira MA. As vertentes do cuidado de enfermagem: o técnico e o expressivo na assistência hospitalar. Esc. Anna Nery. 2003; 7:239-46.
- Ministério da Saúde (Br). Boletim epidemiológico HIV/AIDS. Ano II num.01. até semana epidemiológica 26ª – dezembro de 2013 [Internet]. Brasília; 2013. [citado 2014 set. 22]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
- Schaurich D, Coelho DF, Motta MGC. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os antirretrovirais. Rev. enferm. UERJ. 2006; 14(3):455-62.
- Camargo BV. Sexualidade e representações sociais da AIDS. R. Ci. Hum. 2000; 8:97-110.
- Ragon CST. Atenção odontológica na soropositividade para HIV: um estudo de representações sociais. IV Jornada internacional de representações sociais. II Conferência Brasileira sobre Representações Sociais. João Pessoa; 2005:2566-83.
- Thiengo PCS. A Representação Social do cuidado ao paciente soropositivo ao HIV/AIDS entre profissionais de saúde. [Dissertação] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.
- Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Representações sociais da AIDS para as pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19: [08 telas].
- Palmisano L; Vella S. A brief history of antiretroviral therapy of HIV infection: success and challenges. Ann 1st Super Sanita, 2011; 47: 44-8.
- Costa TL, Oliveira DC, Formozo GA, Gomes AMT Pessoas com HIV/AIDS nas representações sociais de enfermeiros: análise dos elementos centrais, contranormativos e atitudinais. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20:1091-99.
- Barbará A, Sachetti VAR, Crepaldi M.A. Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. Interação Psicol. 2005; 9:331-39.
- Ministério da Saúde (Br). Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência.Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília; 2009.
- Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência de mudar: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Merhy EE, Campos GWS, Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec;1994.
- Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 1999; 15:345-53.