

Artigo Original

Representações sociais do HIV/AIDS por profissionais de saúde em serviços de referência

Representaciones sociales de VIH/SIDA por personal de salud en servicios de referencia

Social representations of HIV/AIDS among healthcare professionals in benchmark services



Mariana de Sousa Dantas^a
Fátima Maria da Silva Abrão^b
Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas^c
Denize Cristina de Oliveira^d

RESUMO

Pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, apoiada na vertente estrutural da Teoria das Representações Sociais. Visa apreender as representações sociais de profissionais de saúde sobre o HIV/AIDS descrevendo a sua estrutura. Aplicou-se a Técnica de Evocações Livres com 86 profissionais de serviços de referência em HIV/AIDS de Recife, Pernambuco, Brasil, no período de 2011 a 2013. A análise pelo software EVOC 2005 apontou como possível núcleo central o preconceito numa dimensão atitudinal negativa; na zona de contraste, doença-crônica traduz o convívio com a doença. Na primeira periferia, tratamento e doença revelam uma concepção clínica/biomédica; na segunda, a morte possui caráter imagético e negativo. Evidenciaram-se elementos positivos e negativos, possibilitando aos profissionais de saúde a construção de sentidos atribuídos ao fenômeno e reflexões sobre suas práticas.

Descritores: Percepção social. HIV. Pessoal de Saúde. Enfermagem.

RESUMEN

Investigación exploratoria, descriptiva, con abordaje cualitativo, basada en el enfoque estructural de la Teoría de las Representaciones Sociales. Tiene como objetivo asimilar las representaciones sociales de personal de salud sobre el VIH/SIDA describiendo su estructura. Se aplicó la Técnica de Evocaciones Libres con 86 personal de salud en servicios de referencia en la materia de VIH/SIDA en Recife, Pernambuco, Brasil, en el período 2011-2013. El análisis realizado por el software EVOC 2005 apuntó como posible núcleo principal el preconceito en una dimensión de actitud negativa; en contraste, la enfermedad crónica muestra la convivencia con la enfermedad. En la primera periferia, tratamiento y enfermedad muestran una concepción clínica/biomédica; en la segunda, la muerte tiene imágenes y carácter negativo. Quedando en evidencia elementos positivos y negativos, dando la posibilidad al personal de salud la comprensión de los sentidos atribuidos al fenómeno y reflexiones sobre sus prácticas.

Descritores: Percepción social. VIH. Personal de salud. Enfermería.

ABSTRACT

This study was based on exploratory research and a qualitative approach within the framework of the Social Representations Theory. It aims to capture the social representations of healthcare providers in relation to HIV/AIDS by describing their structure. The Free Evocations technique was applied on 86 professionals of HIV/AIDS benchmark services in Recife, Pernambuco, Brazil, from 2011 to 2013. Analysis using EVOC 2005 software showed that the possible central core is prejudice in a negative attitude dimension; in the contrast zone, chronic disease translates living with the disease. In the first periphery, treatment and disease in a clinical/biometric conception; in the second periphery, death has a imagistic and negative nature. Positive and negative elements were observed, allowing health-care personnel to construct meaning attributed to the phenomenon and reflect on their practices.

Descriptors: Social perception. HIV. Health personnel. Nursing.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45860>

^a Enfermeira. Mestre pelo Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba, Pernambuco, Brasil.

^b Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente e Coordenadora do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba, Pernambuco, Brasil.

^c Socióloga. Doutora em Educação Física, Docente dos Programas Associados de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba e Educação Física, Universidade de Pernambuco/Universidade Federal da Paraíba, Pernambuco, Brasil.

^d Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) manifestam-se como um desafio global que envolve repercussões epidemiológicas, socioculturais, econômicas e clínicas. Exige esforços por parte de toda a sociedade, e seus componentes, como os profissionais de saúde, no intuito de prevenir a disseminação da doença e colaborar para a melhoria da qualidade de vida das pessoas acometidas.

Nesse prisma, o presente estudo apresenta o fenômeno HIV/AIDS como objeto de investigação e a inquietação sobre essa temática ocorreu pela necessidade de conhecer as representações sociais e suas influências nas práticas profissionais, a partir das construções simbólicas relacionadas ao HIV/AIDS e seus atingidos.

Em 2012, a epidemia global de AIDS registrou cerca de 35,3 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e 2,3 milhões de novas infecções no mundo. No mesmo ano, estimou-se cerca de 530 a 660 mil brasileiros vivendo com AIDS entre todas as faixas etárias, sendo 34 mil novos casos da doença e cerca de 11 a 19 mil óbitos em decorrência da mesma⁽¹⁾.

No Brasil, foram notificados 39.185 casos de AIDS e a taxa de incidência correspondeu a 20,2 casos para cada 100.000 habitantes em 2012. O coeficiente de mortalidade foi de 5,5 por 100.000 habitantes, sendo 4,0 no Nordeste. Embora essa região possua a menor taxa de incidência (14,8) com 20,3% casos notificados da doença, Pernambuco ocupa a 10ª posição dos 27 estados brasileiros com taxa de detecção de 20,9, considerada uma das maiores taxas relacionadas à média nacional (20,2/100.000 habitantes), além de um coeficiente de mortalidade (6,0) superior à média nacional⁽²⁾. Dados do Ministério da Saúde apontam que, das capitais nordestinas, Recife, capital de Pernambuco ocupa a segunda posição (39,0/100.000 habitantes) referente às maiores taxas de incidência em 2012. Nesse mesmo ano, no âmbito nacional, a razão de sexo foi de 1,7 novos casos em homens para cada caso em mulheres⁽²⁾ e no nordeste correspondeu a 1,6 dessa razão em 2010⁽³⁾.

A evolução da AIDS no país emerge em diferentes segmentos populacionais, subordinados às condições ou características distintas e vulneráveis ao risco de infecção pelo HIV. De modo coletivo, enfrenta-se um momento crucial na epidemia global do HIV/AIDS⁽²⁾ caracterizado pela necessidade de mudanças de atitude da sociedade, maior proteção em todos os grupos sociais, aplicação das diretrizes políticas e terapêuticas, enfrentamento das barreiras sociais e estruturais para o diagnóstico e os cuidados,

bem como estigma e discriminação associados ao HIV, que constituem grandes desafios⁽⁴⁻⁵⁾.

A dinâmica do fenômeno, tanto no âmbito mundial quanto no Brasil, sofreu transformações epidemiológicas e sociais nas últimas décadas, exibindo um perfil de interiorização; migrando de classes médias e altas para populares; dos meios artísticos e culturais para grupos marginalizados como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas. Também atingiu grupos sociais considerados não vulneráveis à síndrome, como heterossexuais, mulheres monogâmicas, idosos e crianças⁽⁶⁾.

Partindo dessa premissa, a representatividade do HIV/AIDS no perfil epidemiológico global, e a necessidade em conhecer os processos sociais que envolvem indivíduos, coletividades e suas relações com a doença, justifica-se um estudo acerca das representações sociais do HIV/AIDS. Além disso, os profissionais de saúde são atores sociais fundamentais nesses processos, pois podem contribuir para mudanças significativas no padrão comportamental de pacientes, familiares e da sociedade.

A representação social é definida como um modo de conhecimento produzido socialmente capaz de determinar uma realidade comum a um grupo social⁽⁷⁾. Ao considerar que o pensamento social é constituído pelo senso comum e pela visão de mundo de indivíduos e grupos, a dinâmica de interação entre os sujeitos pode determinar as suas práticas sociais. Nesse contexto, somos capazes de modificar os nossos comportamentos de acordo com as representações internas que fabricamos ou herdamos da sociedade⁽⁸⁻⁹⁾.

Destaca-se que, as representações sociais são importantes para a abordagem profissional do HIV/AIDS, pois possibilitam a apreensão dos processos de construção do significado social do objeto nas relações cotidianas dos sujeitos, constituindo um simbolismo que sustenta as práticas de cuidado em saúde. Ademais, permitem a elaboração de um saber prático aderente aos valores, normas, crenças e memórias partilhadas pelos grupos, além do conhecimento científico que são traduzidos em representações socioprofissionais⁽⁶⁾. As práticas cotidianas desses grupos são influenciadas pelas suas percepções da AIDS através de construções, representações e estereótipos contidos na subjetividade dessas associações⁽¹⁰⁾.

O aprofundamento do fenômeno das representações sociais em torno da AIDS, no contexto do trabalhador de saúde, pode provocar implicações sociais no processo de configuração de suas práticas, sobretudo no que se refere ao atendimento das PVHA⁽¹¹⁾. Diante da relação verticalizada no processo de saúde, a atuação do profissional de saúde, em especial do enfermeiro, requer avanços de uma

prática clínica crítica e reflexiva, que viabilize a participação do indivíduo na construção de subjetividades⁽¹²⁾.

A PVHA necessita de um olhar diferenciado e cabe ao profissional de enfermagem ter a sensibilidade para perceber os sentimentos, atitudes e comportamentos, prestar informações sobre a doença, realizar tratamentos adequados e prestar cuidados gerais; assim como, fortalecer o vínculo com esse indivíduo, auxiliando-o na busca de estratégias de adaptação à realidade⁽¹³⁾. Devem desenvolver as dimensões racional, sensitiva, afetiva e intuitiva para assistir o paciente, assim como, prestar cuidados compatíveis com as diferentes necessidades individuais, familiares e coletivas⁽¹⁴⁾.

A investigação das representações sociais pode despertar o interesse em desenvolver estudos em outros domínios, a partir da compreensão da totalidade dos fenômenos sociais e seus desdobramentos. O presente estudo poderá contribuir para a melhoria da atuação dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado às PVHA em todos os níveis de atenção em saúde. Logo, considerando a importância do conhecimento sobre o próprio fenômeno representacional e do HIV/AIDS é pertinente desenvolver a temática. Ante o exposto, este estudo parte da seguinte questão norteadora: qual a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde sobre o HIV/AIDS?

Para tanto, o estudo visa apreender as representações sociais de profissionais de saúde sobre o HIV/AIDS, descrevendo a sua estrutura.

■ METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, inserido em uma pesquisa multicêntrica intitulada: "As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de AIDS: representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil". Apoiar-se na abordagem estrutural da Teoria das representações sociais, que engloba a teoria do núcleo central proposta por Jean-Claude Abric, ao determinar a organização e a constituição da representação social, a qual apresenta diversos elementos ao redor de um núcleo central, conferindo-lhe um significado⁽⁸⁾.

Os cenários do estudo constituíram os serviços de referência que compreendem ambulatórios e unidades hospitalares que incluem um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e sete Serviços de Assistência Especializada (SAE), vinculados às ações de assistência, prevenção e tratamento de PVHA, em Recife, Pernambuco, Brasil. Esses serviços são responsáveis pela assistência de saúde direcionada às pessoas acometidas pelo HIV⁽³⁾, a qual, no Bra-

sil, é realizada pelo Sistema Único de Saúde e regida pelas mesmas diretrizes. Os SAE inserem-se em um complexo heterogêneo de serviços, cujas unidades agregam-se às unidades básicas de saúde ou ambulatórios hospitalares ou de serviços especializados⁽¹⁵⁾.

A amostra foi constituída por 86 participantes dos serviços selecionados para o estudo e está de acordo o número amostral da pesquisa multicêntrica, correspondendo até 100 trabalhadores de saúde. Sabe-se que, quanto mais numeroso o grupo de participantes, mais estáveis serão os resultados, pois permitem uma aproximação com a realidade dos sujeitos e estimativas mais confiáveis acerca do fenômeno na população⁽¹⁶⁾.

Os critérios de inclusão foram: inserção no quadro permanente da instituição, estar em atividade laboral e atuação há pelo menos seis meses no desenvolvimento de práticas e atividades de saúde relacionadas às PVHA. Desse modo, considerou-se a experiência profissional dos participantes, devido à possibilidade de uma maior aproximação com o fenômeno e com as reais necessidades dos pacientes. Acredita-se que, a assiduidade no serviço e o tempo de atuação conferem aos profissionais um maior conhecimento e uma melhor adaptação acerca da dinâmica cotidiana de trabalho nesse campo de intervenção. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias, licença, aqueles que não atenderam a esses critérios e não aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada nos locais de estudo, de Fevereiro de 2011 a Agosto de 2013 com a aplicação da Técnica de Evocações Livres. Como instrumento, utilizou-se um questionário estandarizado, composto por questões baseadas nas evocações livres. Essa técnica exige que os participantes respondam de três a cinco palavras, após a solicitação do pesquisador. O caráter espontâneo dessas evocações se aproxima da realidade⁽¹⁶⁾.

Ressalta-se que, para essa coleta, os agendamentos ocorreram no turno diurno de trabalho, conforme disponibilidade do entrevistado, data e hora sugeridas. Individualmente, aplicou-se o questionário durante 20 a 30 minutos e, em outro encontro, realizou-se a entrevista com duração média de 1 hora.

As evocações foram registradas de forma escrita pelo entrevistador à medida que o participante associava cinco palavras e/ou expressões ao termo indutor "HIV/AIDS" e hierarquizando-as em ordem de importância, da mais para a menos importante, informando a sua positividade, negatividade ou neutralidade. O instrumento também apresentou um bloco de caracterização pessoal e sócio profissional acerca do grupo estudado.

O material empírico obtido a partir do questionário foi analisado pela Técnica de Evocações Livres, bastante difun-

didada para a caracterização estrutural de uma representação social⁽¹⁶⁾. Utilizou-se o *software* EVOC, versão 2005, disponibilizado pelas instituições envolvidas.

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das Universidades inseridas, com Certificados de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0045.0.325.000-10 e 01080.0.097.000-11. Obedeceram-se as recomendações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mantendo-se a confidencialidade dos dados, bem como o direito de desistir da pesquisa sem prejuízos.

Salienta-se que os dados utilizados neste estudo são oriundos da dissertação de Mestrado⁽¹⁷⁾ de um Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem com o apoio científico da bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, realizou-se uma breve caracterização dos participantes, identificando o perfil pessoal e socioprofissional. O estudo compreendeu 80,2% mulheres. Com relação à faixa etária, 23,3% possuíam menos de 35 anos, 24,4% compreenderam o intervalo de 36 a 45 anos, 39,5% entre 46 a 55 anos e 12,8% dos trabalhadores apresentaram mais de 56 anos.

Quanto à função, os médicos representaram 27,9%; na equipe de Enfermagem, 16,3% eram técnicos de enfermagem, 9,3% enfermeiros e 2,3% auxiliares de enfermagem. Outros integrantes foram: psicólogos (16,3%), assistentes sociais (11,6%), cirurgiões dentistas (4,6%), farmacêuticos (3,5%), nutricionistas (3,5%), biomédicos (3,5%) e outros (1,3%).

Observou-se que 86% dos sujeitos pesquisados atuavam em SAE, 14% em CTA, 40,7% realizavam atividades laborais com PVHA no período inferior a 5 anos, 36,7% entre 6 a 15 anos; 22,1% atuavam de 16 a 25 anos e 3,5% inseriram-se nessa assistência há mais de 26 anos.

A estrutura representacional do HIV/AIDS entre os profissionais foi apresentada no quadro de quatro casas (quadro 1) a partir da aplicação do EVOC. Os participantes evocaram um total de 439 palavras associadas ao termo HIV/AIDS, dessas, 145 eram diferentes. Foram apresentadas as frequências mínima (6,0) e média das palavras evocadas (12,0), assim como o *Rang Moyen* (3,0) que corresponde à média de posição da palavra, expressa pela Ordem Média das Evocações (OME).

Nesse sentido, a disposição dos quadrantes compreendeu: quadrante superior esquerdo ou núcleo central,

quadrante superior direito ou primeira periferia, quadrante inferior direito ou segunda periferia e quadrante inferior esquerdo denominado zona de contraste.

A utilização do EVOC permitiu identificar o possível núcleo central da representação do HIV/AIDS constituída pelos elementos: preconceito, tratamento e doença, presentes no quadrante superior esquerdo que apresentam frequências superiores a 12,0 e médias de evocações inferiores a 3,0, correspondendo às palavras mais frequentes e mais prontamente evocadas.

Esse quadrante indica a estabilidade da representação, conferindo-lhe sentido⁽¹⁸⁾. Sinaliza os elementos mais frequentes e importantes, assim como pode agrupar termos menos significativos, com sinônimos e protótipos associados ao objeto. Ressalta-se que nem todos os termos desse quadrante são centrais, mas nele o núcleo central está contido⁽⁸⁾.

As representações são apresentadas como “inibidoras de condutas, elas permitem sua justificação em relação às normas sociais e sua integração”^(8:168). Para os profissionais de saúde, por se tratar de uma doença incurável, devastadora e de transmissão desconhecida, a AIDS foi marcada por medos, fantasias negativas, sentimentos de morte, discriminação e rejeição, pois acometia principalmente indivíduos estigmatizados pela sociedade, tais como os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo⁽¹⁹⁾. Essa afirmativa se aproxima da abordagem construída pela sociedade em geral acerca do preconceito e, embora atualmente ocorra uma transformação no perfil epidemiológico dos grupos acometidos, o preconceito ainda permanece explícito a partir da representação original.

Com relação à centralidade dos termos, acredita-se que o preconceito evocado pelos profissionais do estudo, surge como um elemento atitudinal diretamente associado ao conteúdo imagético construído pela sociedade e mantido desde a origem da doença. Essa proposição denota uma dimensão atitudinal negativa e parece incorporar um atributo implícito entre as categorias profissionais. O presente termo refere-se ao preconceito social, reconhecido como aquilo que os outros, ou seja, familiares, vizinhos, amigos e colegas de trabalho associam ao HIV/AIDS.

Apesar dos avanços nas políticas públicas de prevenção e assistência aos portadores do HIV no Brasil, o enfrentamento da AIDS exige a superação do preconceito, medo e a melhoria do conhecimento acerca da doença. Essas questões vão além da informação, pois exigem mudanças de visão de mundo, crenças e aceitação do outro na sua singularidade e diversidade⁽²⁰⁾.

Quanto aos elementos do núcleo central, os termos doença e tratamento possuem neutralidade na conota-

O.M.E.	< 3			≥ 3		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
	Núcleo central			1º periferia		
≥ 12	preconceito	47	2,128	adesão-tratamento prevenção	20 16	3,200 3,188
	tratamento	22	2,409			
	doença	16	2,063			
Freq. Med.	Zona de contraste			2º periferia		
< 12	medo	11	2,727	esperança morte superação ajuda tristeza	8 8 7 7 6	3,500 3,500 3,286 3,000 3,000
	cuidado	10	2,700			
	luta	7	2,857			
	sofrimento	7	2,147			
	abandono	6	2,833			
	medicamento	6	2,667			
	doença-crônica	6	1500			

Quadro 1. Análise do termo indutor “HIV/AIDS” das evocações de profissionais de saúde. Recife, Pernambuco, Brasil, 2013.

Fonte: Dados da pesquisa.

ção. A doença remete-se à identificação do vírus como um significado concreto e imagético. O tratamento é um elemento funcional e positivo que traduz o enfrentamento da doença no que se refere ao complexo medicamentoso e clínico; apresenta uma dimensão de conhecimento acerca do HIV/AIDS e também é reportado na primeira periferia como adesão-tratamento, refletindo a contribuição dos antirretrovirais e a necessidade de assegurar o controle da doença. Esses termos associam-se à concepção clínica/biomédica que os profissionais construíram acerca do objeto estudado.

No campo das práticas profissionais direcionadas ao HIV/AIDS, a dimensão do tratamento aponta para uma atuação de apoio à adesão terapêutica capaz de fortalecer o convívio com a soropositividade. Além disso, o início da terapia antirretroviral (TARV) melhora a qualidade e duração de vida das PVHA^(11,5).

Sobre a organização da representação social, em torno do núcleo central existem elementos periféricos que se expressam como informações retidas, selecionadas e interpretadas, juízos formulados sobre o objeto estudado, estereótipos e crenças⁽⁸⁾. Os quadrantes dispostos no lado direito do quadro correspondem à primeira periferia (superior) e à segunda periferia (inferior), ambos expressam a realidade mais próxima da vivência dos indivíduos⁽¹⁸⁾.

Neste estudo, a 1ª periferia é composta pelos elementos adesão-tratamento e prevenção que apresentam uma dimensão positiva de conhecimento dos profissionais sobre o HIV/AIDS. Os léxicos esperança, morte, superação, ajuda e tristeza foram identificados na 2ª periferia e pos-

suem conotação positiva e negativa. Entre as expressões positivas, esperança e superação apoiam-se numa dimensão afetiva/atitude que converge com o impacto satisfatório do tratamento e ajuda insere-se na dimensão de conhecimento. Morte e tristeza são termos negativos, sendo a morte caracterizada pela dimensão imagética da doença e pode estar associada ao início da epidemia.

A análise aponta para uma possível mudança representacional quando comparada ao período mais remoto da doença. Esses dados remetem-se à assimilação da AIDS como uma doença crônica e permitem visualizar o afastamento da morte, manifestando-se como uma representação oposta às concepções primárias sintetizadas pelos grupos sociais.

O quadrante inferior esquerdo pode apresentar um subgrupo representacional, demonstrando grupos com outras formas de pensar acerca do objeto⁽¹⁸⁾. Também denominado zona de contraste, esse esquema é composto por elementos afetivos como medo, sofrimento e abandono inseridos na dimensão atitudinal e de conotação negativa. Nesse sentido, pode-se considerar o fenômeno como uma doença crônica, apresentada também como elemento de contraste.

O medo refere-se ao receio que os profissionais possuem sobre a transmissão do vírus e ao risco de contágio, podendo estar associado à expressão cuidado, sinalizando a precaução que os trabalhadores de saúde devem adotar. Nessa perspectiva, a prevenção constitui um elemento periférico de caráter clínico/biomédico e que também pode reforçar a ideia de doença no possível núcleo central.

Entre os elementos de contraste, medicamento converge para a dimensão do tratamento atribuindo-se ao uso dos antirretrovirais. É determinado pelo conteúdo imagético e está presente no núcleo central. Cuidado, luta e doença-crônica se reportam ao enfrentamento da doença, todavia sob uma perspectiva positiva relativa à sobrevivência. A cognição cuidado se insere na dimensão de conhecimento e o termo doença-crônica merece bastante atenção, pois requer um amplo entendimento da sua conotação relacionada à AIDS. Essa expressão ainda não se constitui uma realidade clínica já que a sobrevivência das PVHA depende da TARV. De qualquer forma, doença-crônica configura-se como um subgrupo da representação dos profissionais aqui estudados que pode ter incorporado essa noção em nível central. Essa percepção do fenômeno relaciona-se ao enfrentamento da doença no sentido da manutenção da saúde e do prolongamento de vida.

Entre os elementos que se projetam negativamente nos quadrantes, os termos periféricos morte e tristeza reportam-se aos desafios vivenciados pelas PVHA. Sobre a dimensão afetiva/atitude, as evocações de contraste expressas pelo medo, sofrimento e abandono, podem determinar uma conotação desfavorável relacionada ao enfrentamento da doença.

No que diz respeito aos próprios profissionais, o medo da contaminação viral constitui uma realidade desafiadora. Além disso, é provável que os mesmos sejam capazes de vivenciar situações de sofrimento ao lidar com as adversidades. O abandono parece ser outra questão polêmica, devido aos processos de exclusão que podem ser resultantes da autoexclusão das próprias pessoas acometidas pela doença ou da exclusão decorrente de outros grupos sociais.

Algumas representações influenciam diretamente nas práticas⁽⁹⁾. O diagnóstico de HIV/AIDS gera grande impacto na qualidade de vida das PVHA e pode ocasionar mudanças significativas no planejamento pessoal sobre o futuro. Todavia, ao longo do processo de saúde/doença há uma adaptação do convívio com a doença e a percepção de qualidade de vida é reconstruída. A AIDS adquiriu, progressivamente, características de doença crônica a partir da superação de alguns estereótipos facilitando o convívio com o HIV^(20,15).

Cabe ressaltar, nesta investigação, o medicamento como um léxico de contraste que reafirma a adesão ao tratamento, sustentada pela adequação da TARV e pelo enfrentamento da doença de forma satisfatória. Sendo assim, essa interação pode assegurar uma melhor qualidade de vida aos indivíduos acometidos pela doença.

De forma geral, sobre os aspectos positivos, no esquema periférico os léxicos prevenção e ajuda refletem o co-

nhecimento dos trabalhadores acerca do fenômeno; esperança e superação são congruentes com a ideia do convívio com a doença. As palavras cuidado, luta e doença-crônica emergiram na zona de contraste de forma positiva, sendo o cuidado aqui entendido sob diversos olhares, podendo estar associado, principalmente, ao cuidado que os profissionais devem adotar para evitar a contaminação pelo HIV.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos a partir da abordagem estrutural, evidenciaram elementos positivos e negativos no conteúdo representacional do HIV/AIDS. Quanto à representação, destacam-se os elementos centrais e sua associação direta com as expressões periféricas e de contraste, justificando a relevância do uso dos antirretrovirais e da possibilidade do convívio com a doença. Essa interface traduz a conexão entre os processos apoiados na dimensão clínica/biomédica apreendida pelos participantes.

Considera-se que muitos elementos evocados pelos profissionais convergiram para uma adaptação favorável à condição de soropositividade ao HIV, relacionada à maior chance de sobrevivência. Tais resultados possibilitam aos profissionais de saúde a compreensão dos sentidos atribuídos ao fenômeno, viabilizando novas reflexões sobre suas práticas, que ainda está vinculada às concepções históricas, valorativas e afetivas.

Os resultados desta investigação poderão ser úteis no fortalecimento de ações de saúde direcionadas ao cuidado de PVHA, com perspectivas de superação de preconceitos e estigmas capazes de influenciar na prática profissional, como também, podem revelar características representacionais capazes de modificar as condutas assistenciais.

Salienta-se que os profissionais desse estudo atuam em serviços de referência em HIV/AIDS inseridos em unidades hospitalares, permitindo presumir uma associação com a concepção terapêutica baseada na clínica e no modelo biomédico incorporados à formação profissional e prática assistencial.

Como limitações do estudo, destaca-se a necessidade da ampliação da pesquisa em outros serviços assistenciais, incluindo a atenção básica. Em termos acadêmicos, o estudo poderá contribuir para discussões e suscitar novas investigações acerca das representações sociais no campo de saúde e de enfermagem.

■ REFERÊNCIAS

1. United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva; 2013.

- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. 2013; Ano II(1).
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. 2011; Ano VIII(1).
- De Cock KM, Jaffe HW, Curran JW. The evolving epidemiology of HIV/AIDS. *AIDS*. 2012; 26(10):1205-13.
- Thompson MA, Aberg JA, Cahn P, Montaner JSG, Rizzardini G, Telenti A, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: recommendations of the International AIDS Society—USA Panel. *JAMA*. 2010;304(3):321-33.
- Oliveira DC. Construção e transformação das representações sociais da AIDS e implicações para os cuidados de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; 21(n esp.):[10 telas].
- Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001. p. 17-44.
- Abric J-C. *Prácticas sociales y representaciones*. México: Coyoacán; 2001.
- Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 8. ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
- Navarro AMA, Bezerra VP, Oliveira DA, Moreira MASP, Alves MSCF, Gurgel SN. Representações sociais do HIV/AIDS: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Rev Pesqui Cuid Fundam [Online]*. 2011;(Supl.):92-99.
- Costa TL, Oliveira DC, Formozo GA. Representações sociais sobre pessoas com HIV/AIDS entre enfermeiros. *Estud Pesqui Psicol*. 2012;12(1):242-59.
- Macêdo SM, Sena MCS, Miranda KCL. Consulta de enfermagem no ambulatório de HIV/AIDS: a percepção dos usuários. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(3):52-7.
- Maliska ICA, Padilha MI, Vieira M, Bastiani J. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/AIDS. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009 mar;30(1):85-91.
- Silva LMS, Moura MAV, Pereira MLD. Cotidiano de mulheres após contágio pelo HIV/AIDS: subsídios norteadores da assistência de enfermagem. *Texto contexto Enferm*. 2013;22(2):335-42.
- Nemes MIB, Alencar TMD, Basso CR, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, et al. Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em AIDS, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. *Rev Saude Publica*. 2013;47(1):137-46.
- Wachelke J, Wolter R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicol Teor Pesq*. Brasília 2011 out-dez;27(4):521-6.
- Dantas MS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o HIV/AIDS e significados para os sexos masculino e feminino [dissertação]. Recife (PE): Universidade de Pernambuco, Universidade Estadual da Paraíba; 2014.
- Gomes AMT, Oliveira DC, Sá CP. O Sistema Único de Saúde na representação social de usuários: uma análise de sua estrutura. *Rev Bras Enferm*. 2011 jul-ago;64(4):631-8.
- Villarinho MV, Padilha MI. Percepção da AIDS pelos profissionais da saúde que vivenciaram a epidemia durante o cuidado prestado às pessoas com a doença, em Florianópolis-SC, Brasil (1986-2006). *Cienc Saude Colet*. 2014;19(6):1951-60.
- Meirelles BHS, Silva DMGV, Vieira, FMA, Souza SS, Coelho IZ, Batista R. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. *Rev RENE*. 2010 jul/set;11(3):68-76.

■ **Endereço do autor:**

Mariana de Sousa Dantas
Rua Desportista João Apóstolo de Souza, 100, bl. B,
ap. 202, Mangabeira VII
58058-562, João Pessoa, PB
E-mail: nanasdantas_@hotmail.com

Recebido: 23.03.2014

Aprovado: 24.10.2014