

## REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE HIV/AIDS: COMPARAÇÃO ENTRE HOMENS E MULHERES

### Yndira Yta Machado

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Bolsista nota 10 FAPERJ. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

### Denize Cristina de Oliveira

Doutora em Saúde Pública pela USP. Docente no Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

### Eliane Ramos Pereira

Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Docente do Programa Pós-Graduação Ciências do Cuidado em Saúde na Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil.

### Ana Paula Munhen de Pontes

Doutora em Enfermagem pela UERJ. Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Escola de Valença/FAA. Valença (RJ), Brasil.

### Antônio Marcos Tosoli Gomes

Doutor em Enfermagem pela UERJ. Docente no Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

### Sergio Corrêa Marques

Doutor em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Docente no Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

### Rômulo Frutuoso Antunes

Graduando de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica do CNPq. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

### Autor correspondente:

Yndira Yta Machado  
E-mail: yndiramachado@gmail.com

**RESUMO:** O estudo objetivou analisar as representações sociais do HIV/Aids sob uma perspectiva de gênero. Estudo descritivo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, utilizando a abordagem estrutural. Foi desenvolvido com 214 profissionais de saúde que atuavam em serviços de referência nas cidades do Rio de Janeiro e Niterói. Aplicaram-se um questionário de caracterização dos participantes e outro para a coleta das evocações livres ao termo indutor “HIV/Aids”. Os dados foram analisados com o auxílio dos softwares SPSS, para caracterização estatística do grupo, e EVOC 2005, para análise prototípica das representações sociais. Os resultados apontam divergências nas representações do HIV/Aids entre os sexos; maior positividade geral, com elementos do universo reificado e significados associados ao enfrentamento da doença no sexo masculino; e uma tendência mais negativa e acompanhada de elementos de permanência das representações originais do HIV/Aids, com elementos afetivos na representação do grupo do sexo feminino. Conclui-se que não se pode afirmar a existência de representações distintas entre os sexos, mas alguns conteúdos representacionais marcados por uma orientação geral de gênero.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aids; HIV; Identidade de gênero; Profissional de saúde.

## SOCIAL REPRESENTATIONS OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT HIV/AIDS: A COMPARISON BETWEEN MEN AND WOMEN

**ABSTRACT:** The study aimed to analyze social representations of HIV/Aids from a gender perspective. This was a descriptive study, based on the Theory of Social Representations, using a structural approach. It was developed with 214 health professionals who worked in reference services in the cities of Rio de Janeiro and Niterói. Questionnaires were applied for characterization of the participants and for collection of free evocations of the inductive term “HIV / Aids”. Data were analyzed with the aid of SPSS software for statistical characterization of the group and EVOC 2005 for prototypical analysis of social representations. The results point to divergences in the representations of HIV/Aids between the sexes; greater general positivity, with elements from the reified universe and meanings related to coping with the disease in males; and a more negative trend, accompanied by elements of permanence of the original representations of HIV/Aids, with affective elements in the representation of the female group. It is concluded that it is not possible to affirm the existence of distinct representations between the sexes, but some representational content marked by a general gender orientation.

**KEY WORDS:** Aids; Gender Identity; HIV; Health professional.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), desde a identificação dos primeiros casos, configura-se como um grave problema de saúde pública no que se refere às repercussões da doença, ao crescente número de ocorrências às elevadas taxas de mortalidade em todo o mundo e ao forte impacto na economia dos países. Devido ao aumento da quantidade de pessoas contaminadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), várias pesquisas têm sido realizadas com o intuito de compreender o estilo de vida da população acometida a fim de propor modos de prevenção mais eficazes.<sup>1,2,3</sup>

Aids foi a primeira doença cujas histórias social e médica se desenvolveram em conjunto. Antes que a pesquisa biológica avançasse e trouxesse informações sobre a natureza da **síndrome**, a sociedade elaborou teorias apoiadas nos dados de que dispunha a respeito das pessoas vivendo com HIV, ancoradas no senso comum e explicando, em parte, a construção desse fenômeno social, o que contribuiu ainda mais para o preconceito e a discriminação contra o grupo. As informações acerca da transmissão e de suas vítimas favoreceram o surgimento de duas concepções – uma, de tipo moral e social, e outra, de tipo biológico –, com a influência evidente de cada uma delas nos comportamentos e nas relações com aqueles afetados pela doença.<sup>3</sup>

Desde os seus primórdios, o HIV e a Aids apresentaram-se como objetos representacionais sensíveis, ou seja, fortemente marcados por normas sociais e valores morais, fazendo surgir diversas metáforas associadas à nova doença, como morte, punição e vergonha. O curso histórico da síndrome criou uma relação entre o HIV e comportamentos que não possuíam aceitação na sociedade, com uma associação entre a Aids e promiscuidade ou marginalização. Por essa razão, termos como “câncer gay” ou “praga gay” foram reproduzidos pela mídia do país, a qual apresentou a patologia como algo desconhecido, com rápida progressão e alta letalidade.<sup>2,4</sup>

Os contextos político e epidemiológico permitem circunscrever quatro momentos históricos vivenciados pelas pessoas vivendo com HIV, 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 e da Aids<sup>5</sup>: o primeiro, caracterizado pelo início da epidemia (anos 1980); o segundo, após a regulamentação da lei de universalização dos antirretrovirais (a partir de 1996); o terceiro, marcado pela queda expressiva da mortalidade e pelo recrudescimento da esperança no futuro (anos 2000); e o quarto (nos anos recentes), com a cronificação da Aids, no 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>3</sup>

O Brasil tem se destacado no combate à Aids, demonstrando preocupação com a qualidade da assistência prestada às pessoas vivendo com HIV. Nesse contexto, o país se notabilizou com relação à disponibilização de alternativas de tratamento e controle do vírus, especialmente após a introdução do acesso gratuito à Terapia Antirretroviral (TARV) como parte da política de saúde brasileira<sup>6</sup>.

Diante do caráter heterogêneo da epidemia e de sua complexidade como questão de saúde pública, a Teoria das Representações Sociais (TRS) traz um caminho para a compreensão do saber coletivo construído acerca da síndrome. Nesse contexto, Moscovici<sup>7</sup> apresenta a seguinte definição: “a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos no quadro da vida cotidiana”.

Estabelecer uma conexão entre a perspectiva de gênero e as representações sociais implica pensar na concepção da natureza humana, que não se dá apenas por uma determinação biológica, mas também por uma construção social, histórica e cultural.<sup>8</sup> As noções de gênero, que não são objeto específico do presente estudo, mas poderão subsidiá-lo, estão implícitas na discussão, nas formas de construção social, cultural e linguística que fazem parte do processo de diferenciação entre mulheres e homens que prestam assistência às pessoas vivendo com HIV.

Para alguns autores, as relações de gênero referem-se ao modo como as culturas organizam a hierarquia entre as pessoas em função do sexo, são mediadas pelas relações de poder existentes nos diferentes contextos sociais. A compreensão sobre o que é “ser homem” ou “ser mulher” define-se em termos culturais

com base em modelos de masculinidade e feminilidade predominantes que culminam em padrões e normas que devem ser seguidos pelos indivíduos. Tais normas e representações integram um sistema simbólico e de valores que determina as atitudes interpessoais a serem adotadas e esperadas socialmente, classifica os sujeitos em função do sexo biológico, estratificando os indivíduos diante de suas características sexuais, anatômicas e psicológicas, influenciando a forma da identidade de gênero.<sup>9,8</sup>

Neste sentido, o presente artigo objetiva analisar as representações sociais do HIV/Aids sob uma perspectiva de gênero.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, tendo como base a TRS. Utilizou-se a abordagem estrutural ou Teoria do Núcleo Central da TRS, a qual enfatiza que a organização de uma representação social se apresenta em torno de um núcleo central, composto por um ou mais elementos, que atribuem significado à representação.<sup>10</sup>

O estudo foi desenvolvido em unidades ambulatoriais de assistência em HIV/Aids nas cidades do Rio de Janeiro e Niterói e envolveu 214 profissionais de saúde – 172 do sexo feminino e 42 do sexo masculino – que atuavam diretamente no cuidado às pessoas vivendo com HIV. Para a coleta de dados, foi aplicado um questionário de caracterização dos participantes e de evocações livres, entre os anos de 2012 e 2013. Solicitou-se aos participantes que produzissem cinco palavras ou expressões que lhe ocorressem a partir da audição do termo indutor “HIV/Aids”.

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do software *Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Evocations* (EVOC), versão 2005. A análise das evocações, também denominada análise prototípica, é uma das técnicas mais difundidas para caracterização estrutural de uma representação social; ela configura-se como uma convenção de apresentação de dados que permite que as projeções dos participantes do estudo sejam apreendidas de maneira rápida, objetiva e espontânea, minimizando a possibilidade de expressões discursivas convencionais e direcionadas.<sup>11</sup>

Destacam-se os dois critérios de importância adotados para a distribuição dos termos nos quadrantes:

frequência média de ocorrência das palavras (f med) e média das ordens médias de evocação (OME), que, no seu cruzamento, determinam os limites de cada quadrante. O cálculo desses indicadores ocorre da seguinte forma:  $f\ med = \text{total de palavras evocadas dividido pelo número de palavras diferentes acima da frequência mínima}$ ;  $OME\ individual = \text{média com ponderação invertida de 1 a 5 das palavras evocadas por cada sujeito, considerando a ordem em que foram evocadas pelo sujeitos}$ ;  $OME\ do\ grupo = \text{média simples do total de médias ponderadas individuais}$ .<sup>12</sup>

No quadro de quatro casas, o quadrante superior esquerdo, denominado núcleo central, comporta as palavras que apresentaram maiores frequências e foram mais prontamente evocadas (menores valores de OME), constituindo-se na parte mais estável e permanente de uma representação. O quadrante inferior esquerdo, chamado zona de contraste, abarca as palavras com menores frequências e que foram também prontamente evocadas, podendo demonstrar variações da centralidade da representação para grupos específicos. Os dois quadrantes à direita (superior e inferior) contemplam palavras que tiveram menor prontidão de evocação (maiores valores de OME) e maiores ou menores frequências, sendo denominadas de primeira e segunda periferia, respectivamente. A zona periférica expressa os elementos representacionais associados ao contexto imediato de vida, à realidade cotidiana e às práticas sociais, sendo, portanto, instáveis, permitindo a variabilidade interindividual da representação.<sup>12</sup>

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 n. 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 e aprovado com número de protocolo 048.3.2010.

## RESULTADOS

Os participantes do estudo se caracterizaram por: 172 do sexo feminino (80,4%); dentre esses participantes 92 têm idade entre 46 e 55 anos (43%) e 45 possuem até 35 anos (21%); 115 vivem em estado marital com companheiro (53,7%); 71 são médicos (33,1%), 39 enfermeiros (18,2%), 33 técnicos de enfermagem (15,4%) e 20 assistentes sociais (9,3%); 103 participantes possuem nível de formação em

especialização (48,1%) e 41 têm mestrado/doutorado (19,2%). Sobre as principais fontes de informação acerca da Aids, 66 participantes consideram sites em geral na Internet (30,8%), 59 manuais técnicos (27,6%). O grupo, portanto, em sua maioria, foi constituído por mulheres, adultos, vivendo com companheiro, com nível de formação avançado e que acessam como fontes de informação sobre a doença sites da Internet e manuais técnicos.

A comparação das evocações livres dos profissionais do sexo feminino e masculino foi feita a partir dos quadros de quatro casas.

O produto das evocações livres constituiu um total de 842 palavras, das quais 181 são diferentes. Os pontos de corte definidos para a análise correspondem a: frequência mínima (8), frequência média (f med) (26) e Ordem Média de Evocação (OME) (3,0). Com base nesses indicadores, foi construído o quadro.

O Quadro 1 apresenta os resultados da análise prototípica dos profissionais do sexo feminino.

**Quadro 1.** Quadro de quatro casas referente às evocações dos profissionais de saúde do sexo feminino ao termo indutor “HIV/Aids”. Rio de Janeiro e Niterói – RJ, Brasil, 2014

OME	< 3,0			≥ 3,0		
f med.	Térmo evocado	f	OME	Térmo evocado	f	OME
≥ 18	preconceito	76	2,303	adesão-tratamento tratamento medicamento	31 31 20	3,032 3,097 3,100
	medo	31	2,452			
	prevenção	28	2,393			
	cuidado	28	2,929			
	morte	18	2,722			
< 18	tristeza sofrimento doença doença-crônica acolhimento atenção angústia	17	2,647	renascimento sexualidade ajuda esperança responsabilidade camisinha saúde aconselhamento carinho conhecimento	15	3,733
		15	1,400		14	3,429
		15	2,000		13	3,154
		14	1,429		11	3,091
		10	2,500		11	3,182
		8	2,625		10	3,100
		8	2,750		10	3,600
					9	3,222
					9	3,333
					8	4,000

Fonte: Elaborado pelos autores.

O Quadro 2 apresenta a estrutura representacional do HIV/Aids construída por profissionais de saúde do sexo masculino, composto com base nas evocações de 42 sujeitos. Foram evocadas 214 palavras, entre as quais 89 diferentes. A frequência mínima definida foi 3, sendo

excluídas da composição do quadro de quatro casas aquelas evocadas em número menor que esse. Após a definição da frequência mínima foi calculada a frequência média, tendo como resultado 6, e uma OME de 3,0.

**Quadro 2.** Quadro de quatro casas referente às evocações dos profissionais de saúde do sexo masculino ao termo indutor “HIV/Aids”. Rio de Janeiro e Niterói – RJ, Brasil, 2014

(Continua)

OME	< 3,0			≥ 3,0		
f med	Térmo evocado	f	OME	Térmo evocado	f	OME
≥ 6	preconceito	14	2,571	medicamento adesão-tratamento	14 10	3,357 3,600
	tratamento	12	2,917			
	exames	7	3,000			
	cuidado	6	1,833			
	prevenção	6	2,333			

OME	< 3,0			≥ 3,0		
f med	Termo evocado	f	OME	Termo evocado	f	OME
< 6	doença	5	2,200			
	sofrimento	5	2,600			
	sexualidade	5	2,600			
	paciente	5	3,000			
	vírus	4	1,750	esperança	5	4,200
	epidemia	4	2,000	morte	4	3,500
	doença-opportunista	4	2,500	camisinha	4	3,750
	medo	4	2,750	cura	4	4,750
	doença-autoimune	3	1,333	depressão	3	4,000
	dor	3	2,000			
	doença-crônica	3	2,333			
	negação	3	2,667			
	tristeza	3	3,000			

Fonte: Elaborado pelos autores.

## DISCUSSÃO

Na comparação dos dois quadrantes centrais, as palavras *preconceito*, *prevenção* e *cuidado* se apresentam como elementos comuns aos núcleos centrais das duas representações, portanto consensuais aos dois grupos.

Nota-se que *preconceito* teve a maior frequência de evocação nos dois grupos analisados e a menor OME no sexo feminino, sendo a terceira nesse indicador no sexo masculino. Esses dados apontam que o preconceito associado ao vírus e à doença se apresenta como permanência das representações originais, mantendo sua função de estruturador da representação dos profissionais de saúde, não variando em relação ao sexo, conforme apontam outras pesquisas.<sup>13</sup>

Os termos *prevenção* e *cuidado* também foram comuns aos dois grupos, destacando que, entre as mulheres, *prevenção* apresenta a terceira maior frequência e a segunda OME; já entre os homens, não se destaca pela frequência, mas é a segunda OME. Por sua vez, a palavra *cuidado* foi a mais prontamente evocada pelo sexo

masculino, e no sexo feminino apresenta a terceira maior frequência, revelando sua importância nos dois grupos. Os dois termos indicam uma dimensão única estruturadora dessa representação, aquela afeita ao conhecimento reificado que busca a evitação do contágio e/ou o cuidado como estratégia de preservação da estabilidade do corpo e da mente.

Os termos específicos a cada grupo presentes no suposto núcleo central da representação apontam para o que diferencia os grupos, podendo revelar representações distintas<sup>12,10</sup>. Observa-se que o núcleo central dos participantes do sexo feminino apresenta os termos específicos *medo* e *morte*, ao passo que no sexo masculino percebem-se os elementos *tratamento* e *exames* como próprios desse grupo.

Em relação aos termos específicos do grupo feminino, destacam-se *medo* e *morte*, caracterizados como negativos, revelando uma dimensão afetiva e uma segunda dimensão imagética do HIV/Aids. Ambos os elementos também são remanescentes das primeiras representações da Aids<sup>13</sup>, apontando para o medo do desconhecido e para

a ameaça de morte representada pela doença, desde os seus primórdios até os dias atuais, fazendo com que a infecção pelo HIV gere um processo de estigmatização e discriminação. Constata-se que o HIV/Aids está associado à ideia de morte de forma irrestrita entre homens, mulheres, jovens, pessoas mais velhas e mesmo para quem está em tratamento, fato que revela a força da ancoragem desse elemento representacional.<sup>14</sup>

Para os profissionais do sexo masculino, as palavras *tratamento* e *exames* apresentam-se como exclusivos e caracterizam-se como elementos positivos e de enfrentamento da doença, reafirmando a incorporação do conhecimento reificado sobre o HIV/Aids<sup>13</sup>. Os dois termos sinalizam uma construção psicossocial que já incorporou a possibilidade de enfrentamento da doença e do seu controle, como estratégias de combate à morte.

Considerando as funções do núcleo central, aponta-se a importância da sua comparação para identificação de uma ou mais representações<sup>10,12</sup>. Neste estudo, destacam-se duas orientações bastante específicas. A primeira é indicativa de uma representação marcada por uma orientação afetivo-attitudinal-imagética negativa diante do HIV/Aids, característica do sexo feminino; e a segunda se estrutura por uma orientação attitudinal-conceitual positiva de enfrentamento da doença e do vírus.

Levando-se em conta as proposições conceituais da abordagem de gênero, observa-se que a subjetividade e a objetividade orientam a compreensão do que se constitui como ser mulher ou homem, definida culturalmente e observadas em outros estudos, a partir de modelos de masculinidade e feminilidade que se expressam em um sistema simbólico e de valores específicos relativos à Aids.<sup>9,8</sup>

A comparação dos conteúdos representacionais também pode ser feita a partir dos termos e dimensões presentes nos demais quadrantes. Na primeira periferia, *adesão-tratamento* e *medicamento* são comuns nas representações dos dois grupos, e o elemento *tratamento* é específico do sexo feminino. Os três termos revelam a incorporação psicossocial da possibilidade de enfrentamento da doença por meio de tratamento específico e da importância da adesão à continuidade deste.<sup>15</sup>

Esses conteúdos representacionais foram incorporados à representação social do HIV/Aids com

a instituição da política pública brasileira de acesso universal à TARV, em 1996, a qual resultou em redução da mortalidade pelo HIV, aumentando a sobrevivência e conferindo à doença um caráter crônico.<sup>14</sup> A partir de 2013, foi definido o início imediato da TARV para todas as pessoas vivendo com HIV após a confirmação do diagnóstico, independentemente da contagem de TCD4+. Essa mudança na política de tratamento possibilitou maior controle da mortalidade ainda existente e da morbidade associada, melhora de indicadores imunológicos e melhor resposta às infecções oportunistas, promovendo qualidade de vida para esse grupo e podendo ter impacto também na construção psicossocial da doença.<sup>6</sup>

Essas mudanças epidemiológicas e sociais da síndrome demonstram a sua forte dinamicidade e a vulnerabilidade da população à doença, exigindo a sua construção e reconstrução psicossocial. Os avanços no tratamento, a expressiva melhora da qualidade e expectativa de vida dos infectados e o aumento do conhecimento e experiências dos profissionais de saúde contribuíram para novas percepções da sociedade acerca da patologia com o decorrer do tempo.<sup>16</sup>

No que se refere à adesão ao tratamento, esta tem se destacado entre os pesquisadores e profissionais de saúde como fator primordial para o controle do agravo<sup>17</sup>. De fato, ela promove melhora da qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV e representa desafio para o controle da doença e para a manutenção do equilíbrio imunológico. A vivência dos profissionais com pessoas com HIV constituiu um conhecimento prático, incorporado à representação, da importância da adesão ao tratamento para a manutenção da estabilidade desse grupo.

O suporte psicossocial cumpre papel importante ao amenizar consequências negativas de eventos estressantes relacionados à infecção, podendo contribuir para o enfrentamento do HIV. Portanto, compreender de que forma tal suporte se relaciona com a vivência da doença pode colaborar no enfrentamento, adaptação e qualidade de vida dos usuários soropositivos, auxiliando, por sua vez, na adesão terapêutica e no controle da doença.<sup>18</sup>

Os elementos comuns aos dois grupos estudados na segunda periferia são *esperança* e *camisinha*. Eles são marcados por uma atitude positiva acerca do vírus e da doença, de apoio às pessoas vivendo com HIV, com um

caráter humanístico. Sugerem, também, uma visão do processo saúde-doença envolvendo a subjetividade e a percepção da necessidade de uma rede social de apoio para aqueles que vivem com a doença, sob a forma de promoção de uma relação dialógica entre os profissionais de saúde e as pessoas vivendo com HIV.

A estratégia principal para o controle do HIV está no desenvolvimento de medidas de prevenção da doença que incluem ações de educação em saúde, amplo acesso a insumos de autocuidado, como preservativos masculinos e femininos, e também à testagem anti-HIV.<sup>19</sup> Em relação à prevenção, o uso do preservativo é a principal prática com vistas a evitar a transmissão do vírus para não infectados, bem como o contágio com diferentes subtipos do vírus entre pessoas previamente portadoras do HIV. Além disso, é considerado um hábito de vida saudável que reduz o risco de adquirir outras infecções sexualmente transmissíveis.<sup>20</sup>

A postura brasileira, desde o lançamento da Política Nacional de Enfrentamento à Epidemia de HIV/Aids, nos anos 1990, tem como foco a prevenção por meio da promoção do sexo mais seguro e da superação de contextos de vulnerabilidade, em oposição às medidas potencialmente violadoras do exercício dos direitos sexuais, como o estímulo abstinência e da redução de parceiros. Assim, a promoção do uso do preservativo como método de proteção mantém-se, ainda hoje, como principal estratégia de políticas de prevenção no país.<sup>21</sup>

Os termos específicos da segunda periferia dos profissionais do sexo feminino são *renascimento, sexualidade, ajuda, responsabilidade, saúde, aconselhamento, carinho e conhecimento*, remetendo a diferentes modos de enfrentamento da doença no momento do desenvolvimento do cuidado pelos profissionais. Nesse aspecto, deve-se refletir sobre os elementos de caráter humanístico presentes nessa representação, os quais têm importância fundamental na busca da qualidade de vida para as pessoas vivendo com HIV. As ações dialógicas de educação em saúde objetivam gerar maior consciência, individual e coletiva, acerca da responsabilidade pela saúde, em especial dos jovens que já nasceram em tempos de Aids, com tratamento acessível e uma convivência possível com o vírus, tendendo a naturalizá-lo.

Em contrapartida, no grupo de profissionais do sexo masculino, as palavras evocadas foram *morte, cura e depressão*. Elas são reveladoras de tensões relacionadas ao cotidiano vivenciado pelos profissionais nos serviços de saúde (*cura*), associadas a elementos afetivo-atitudeis (*morte e depressão*) presentes nas representações originais do HIV/Aids<sup>13</sup>.

Os termos comuns aos dois grupos estudados na segunda periferia são *esperança e camisinha*; eles são marcados por uma atitude positiva acerca do HIV/Aids, de apoio às pessoas vivendo com HIV, com um caráter humanístico. Sugerem, também, uma visão do processo saúde-doença, envolvendo a subjetividade e a percepção da necessidade de uma rede social de apoio aos que convivem com a síndrome na forma de prevenção e diálogo entre os profissionais de saúde e as pessoas com HIV/Aids.

Na comparação dos elementos de contraste, foi possível identificar, entre os comuns, *sofrimento, tristeza, doença e doença-crônica*, revelando aqueles afetivo-atitudeis associados ao universo reificado da representação. No sexo feminino, os termos específicos indicam o predomínio de elementos positivos definidores do cuidado, como *acolhimento e atenção*, vinculados a elementos de caráter afetivo-atitudeis negativos, como *angústia*. Já no sexo masculino, observa-se o predomínio de termos específicos de elementos figurativos neutros, associados ao universo reificado da representação, como *sexualidade, paciente, vírus, epidemia, doença-opportunista e doença-autoimune*, acompanhados dos de caráter afetivo-atitudeis negativo, como *medo, dor e negação*.

Portanto, levando-se em conta os elementos de contraste, pode-se lançar, como hipótese, a existência de um subgrupo que atribui ao HIV/Aids a significação de doença-crônica, não presente nos demais quadrantes, mas que não se apresenta associado ao sexo, uma vez que esse termo é comum aos dois grupos analisados.

A análise comparativa global dos conteúdos representacionais revela uma diferença importante entre os dois grupos estudados. Destaca-se a tendência mais negativa e acompanhada de elementos de permanência das representações originais do HIV/Aids, com outros, afetivos, na representação do grupo do sexo feminino e, ao contrário, maior positividade geral, com elementos

do universo reificado e significados associados ao enfrentamento da doença, no sexo masculino. Porém, é importante assinalar que o gênero varia espacialmente de uma cultura para outra, temporalmente em uma mesma cultura em diferentes tempos históricos e longitudinalmente ao longo da vida de um indivíduo.<sup>22</sup>

Em relação aos elementos comuns entre os dois grupos examinados, o sofrimento e a tristeza associam-se aos desdobramentos afetivos que a Aids provoca, abarcando as alterações físicas provocadas pela imunodepressão e pela medicação, além da simbolização da morte suscitada pela convivência com a doença, que, por sua vez, remete ao sentimento de tristeza e sofrimento. Alguns autores consideram que a morte retoma elementos presentes desde o início da epidemia, quando o choque do diagnóstico e a incerteza do futuro ante a possibilidade do fim da vida traziam sentimentos de medo e tristeza.<sup>23,13</sup>

## CONCLUSÃO

Na análise comparativa dos profissionais de saúde do sexo masculino e feminino, chamam a atenção os conteúdos divergentes, permitindo observar certas especificidades que apontam atributos de gênero. No grupo do sexo masculino, notaram-se, no possível núcleo central, conteúdos representacionais da Aids ligados ao enfrentamento da doença, bem como outros derivados das práticas profissionais e atitudes positivas. O grupo constituído pelo sexo feminino construiu suas representações com base em referenciais ancorados no passado, fortemente marcados por elementos afetivos negativos de destruição da vida, isolamento social e estigmatização.

Dessa forma, observa-se uma diferença na comparação dos conteúdos e das estruturas representacionais dos dois grupos, com uma atitude mais positiva para o enfrentamento da doença pelos profissionais do sexo masculino, e um posicionamento afetivo-attitudinal negativo pelo sexo feminino. Essas diferentes posturas atitudinais expressam especificidades individuais, mas também de grupos formados por homens e mulheres, inseridos em distintos contextos socioculturais e de prática assistencial.

Uma segunda ordem de diferenças encontrada diz respeito, por hipótese, à ancoragem, que no primeiro grupo se dá, principalmente, em elementos dos primórdios da Aids e das memórias sociais constituídas, ao passo que no segundo percebe-se o conhecimento científico associado à configuração atual da Aids como tendências determinantes.

No entanto, não se pode afirmar a existência de duas representações distintas associadas ao sexo, mas alguns conteúdos representacionais marcados por uma orientação geral de gênero, dada a necessidade de outras técnicas confirmatórias da centralidade para essa afirmação.

Acredita-se que esta pesquisa contribua para entender como os profissionais podem interferir no cuidado em saúde e proporcionar reflexões que possibilitem um aperfeiçoamento profissional com vistas a melhorar a atenção à pessoa que vive com HIV. Espera-se, ainda, que a partir das indagações e reflexões apresentadas neste estudo, outros possam se desenvolver, superando as limitações teórico-explicativas deste.

## REFERÊNCIAS

1. Leal NSB, Coelho AEL. Representações sociais da Aids para estudantes de Psicologia. *Fractal: Rev. Psicol.* 2016; 28(1):9-16.
2. Thiengo PCS, Gomes AMT, Oliveira DC. As representações do cuidado voltado à pessoa que vive com HIV/Aids para a equipe de saúde. *Revista Enfermagem Atual In Derme* 2017; 82(20):40-47.
3. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001. p. 17-44.
4. Lobo ALSF, Santos P, Aylla A, Pinto LMTR, Rodrigues STC, Barros D, et al. Women social representations in face to HIV diagnosis disclosure. *Rev Fund Care Online* 2018; 10(2):334-42.
5. Suto CSS, Marques SC, Oliveira DC, Oliveira JF, Paiva MS. Profissionais de saúde falam mais sobre cuidado e menos sobre Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Cogitare Enfermagem* 2017; 22(3).



6. Nunes SS Jr., Ciosak SI. Terapia Antirretroviral para HIV/AIDS: o estado da arte. *Journal of Nursing UFPE On Line* 2018; 12(4):1103-11.
7. Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In: Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 29-109.
8. Silva AD. Mãe/mulher atrás das grades: a realidade imposta pelo cárcere à família monoparental feminina [online]. São Paulo: Editora UNESP; 2015. p. 51-100. Disponível em: SciELO Books. Acesso em: 08 abr. 2019.
9. Costa FM Jr., Couto MT, Maia ACB. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. *Sexualidad. Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)* 2016; (23):97-117.
10. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. (Org.). *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. 2. ed. Goiânia: AB; 2000. p. 27-64.
11. Wachelke J, Wolter R, Rodrigues MF. Efeito do tamanho da amostra na análise de evocações para representações sociais. *Liberabit. Revista de Psicologia* 2016; 22(2):153-60.
12. 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: UFPB; 2005. p. 573-603.
13. Oliveira, D. C. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Jan./fev. 21 (Spec), 2013.
14. Gomes AMT, Santos ADS, Marques SC, Nogueira VPF, Paula GS, Costa Vargens OM. Representações sociais da morte para pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Revista Enfermagem UERJ* 2019; 27:e33407.
15. Machado YY, Nogueira, VPF, Oliveira, DC, Gomes, AMT. Representações sociais de profissionais de saúde sobre HIV/AIDS: uma análise estrutural. *Revista Enfermagem UERJ* 2016; 24(1):e14463.
16. Cunha GHD, Fiuza MLT, Gir E, Aquino PDS, Pinheiro AKB, Galvão MTG. Quality of life of men with AIDS and the model of social determinants of health. *Rev Latino-am. Enfermagem [Internet]* 2015; 23(2):183-91.
17. Labra O. Social representations of HIV/AIDS in mass media: Some important lessons for caregivers. *International Social Work* 2015; 58(2):238-48.
18. Lenzi L, Tonin FS, Souza VRD, Pontarolo R. Suporte Social e HIV: Relações entre características clínicas, sociodemográficas e adesão ao tratamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2018; 34.
19. Moura AS. Doenças infectocontagiosas na Atenção Básica à Saúde [2016]. Belo Horizonte: UFMG/Nescon, 2017. Disponível em:
20. <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Modulo>>. Acesso em: 12 abr. 2019.
21. Silva RAR, Silva RTS, Nascimento EGC, Gonçalves OP, Reis MM, Silva BCO. Perfil clínico-epidemiológico de adultos HIV-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN. *Rev Pesq: Cuid Fundam Online* 2016; 8(3):4689-96.
22. Russo K, Arreguy ME. Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”: percepções de professores e alunos sobre a distribuição de preservativos masculinos no ambiente escolar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]* 2015; 25(2):501-23.
23. Korin D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolesc. Latinoam., Buenos Aires*, 2001; 2(2):67-79.
24. Bezerra EO, Pereira MLD, Maranhão TA, Monteiro PDV, Brito GCB, Chaves ACP, et al. Análise estrutural das representações sociais sobre a Aids entre pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana. *Texto & Contexto – enfermagem* 2018; 27(2).