

HIV/AIDS: significados atribuídos por homens trabalhadores da saúde

HIV/AIDS: meanings given by male health professionals

HIV/AIDS: significados atribuidos por hombres profesionales de salud

Mariana de Sousa Dantas¹
 Fátima Maria da Silva Abrão¹
 Solange Fátima Geraldo da Costa²
 Denize Cristina de Oliveira³

1. Universidade de Pernambuco.
Recife - PE, Brasil.
2. Universidade Federal da Paraíba.
João Pessoa - PB, Brasil.
3. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro - RJ, Brasil.

RESUMO

Objetivo: O objetivo foi investigar os significados que homens trabalhadores da saúde atribuem ao HIV/Aids. **Métodos:** Estudo exploratório, com abordagem qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Realizado com 14 trabalhadores do grupo masculino em unidades ambulatoriais em Recife, Brasil, entre 2012 e 2013. Utilizados questionário e roteiro de entrevista, cuja análise baseou-se na técnica de análise de conteúdo temática-categorial de Bardin. **Resultados:** As representações do HIV/Aids relacionam-se à diversidade social das pessoas vivendo com HIV/Aids e à abordagem multidisciplinar premente como apoio à adesão ao tratamento. O preconceito social está implícito no conteúdo imagético dos participantes que também enfatizaram a multidisciplinaridade como um suporte indispensável para o convívio com o vírus. **Conclusão:** A investigação suscita reflexões acerca das representações sociais do HIV/Aids, cujos significados emergem da realidade vivenciada pelos sujeitos envolvidos.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Pessoal de Saúde; Homens.

ABSTRACT

Objective: The objective was to investigate the meanings that male health professionals attribute to HIV/AIDS. **Methods:** It was an exploratory study with a qualitative approach based on the Theory of Social Representations. It was conducted with 14 male health professionals in outpatient units in Recife, Brazil, 2012-2013. A questionnaire and a guided interview were used, which underwent Bardin's thematic-categorical content analysis. **Results:** Representations of HIV/AIDS are related to the social diversity of people living with HIV/AIDS and to the urgent multidisciplinary approach to support treatment adherence. Social prejudice is implicit in the image content of participants, who also emphasized multidisciplinary as a needful support for living with the virus. **Conclusion:** The present research raises reflections about social representations of HIV/AIDS, whose meanings emerge from the reality experienced by the subjects involved.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Health Professionals; Men.

RESUMEN

Objetivo: Investigar los significados que los hombres profesionales de salud atribuyen al VIH/SIDA. **Métodos:** Estudio exploratorio con abordaje cualitativo, basado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Se realizó con 14 trabajadores del género masculino en clínicas ambulatoriales de Recife, Brasil, entre 2012 y 2013. Se utilizó cuestionario y entrevista guiada, que fueron sometidos a análisis de contenido temática-categorial de Bardin. **Resultados:** Las representaciones de VIH/SIDA se relacionan con la diversidad social de los que viven con la enfermedad y con el abordaje multidisciplinar como apoyo a la adhesión al tratamiento. El prejuicio social está implícito en el contenido de las imágenes de los participantes que también enfatizaron la multidisciplinariedad como soporte necesario para vivir con el virus. **Conclusión:** La investigación plantea reflexiones sobre las representaciones sociales del VIH/SIDA, cuyos significados surgen de la realidad vivida por los sujetos involucrados.

Palabras-clave: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida; Personal de Salud; Hombres.

Autor correspondente:
 Mariana de Sousa Dantas.
 E-mail: nanasdantas@hotmail.com

Recebido em 31/03/2014.
 Aprovado em 14/04/2015.

DOI: 10.5935/1414-8145.20150044

INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) são temas discutidos, mundialmente, cuja gênese apresenta transformações epidemiológicas ascendentes que requer um aprofundamento nos aspectos sociodemográficos, políticos, éticos, culturais, psicossociais e de saúde.

Desde o início da década de 80, no século XX, a identificação do HIV/Aids, constitui um desafio para a comunidade científica global, pois é considerado um problema de saúde pública, de grande magnitude e caráter pandêmico que envolve diversos atores sociais, atingindo os indivíduos sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política¹.

Em 2012, existiam cerca de 35,3 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) no mundo, sendo que, no Brasil, 530 a 660 mil pessoas de todas as faixas etárias estavam acometidas pelo vírus. Pernambuco ocupava a 10^a posição dos estados, com taxa de detecção de 20,9 e coeficiente de mortalidade (6,0) superiores à média nacional. Das capitais nordestinas, Recife ocupava a 2^a posição relacionada às maiores taxas de incidência (39,0/100.000 habitantes)^{2,3}.

O surgimento e a dinâmica de evolução da doença repercutiram sobre as instituições e os profissionais da saúde, inserindo-se no cotidiano dos serviços de saúde no Brasil, com importantes implicações para as políticas públicas e para a constituição de práticas assistenciais⁴. Nesse contexto, é de suma relevância estudos que busquem significados acerca do HIV/Aids, a partir das Representações Sociais de trabalhadores da saúde, em particular, do sexo masculino.

As Representações Sociais foram conceituadas a partir de um estudo francês sobre psicanálise publicado em 1961, cujas reflexões fundamentaram-se como uma teoria da psicologia social, difundida em diversas áreas de conhecimento, por meio da construção de elementos categóricos pautados na realidade do cotidiano de indivíduos em uma determinada população⁵.

As Representações Sociais (RS) enfatizam o holismo e concebem o senso comum pelas interações entre as crenças, valores e comunicação, articuladas à realidade social. Têm como finalidade abstrair o sentido de mundo e reproduzir o mundo de modo significativo através de ordem e percepções nele introduzidas, tornando aquilo que não é familiar em algo familiar⁵.

Consideradas fenômenos complexos que englobam elementos de ordem informativa, cognitiva, ideológica, atitudinal, imagética, entre outros elementos que se organizam e possibilitam caracterizar uma determinada realidade, as Representações Sociais traduzem o modo que um sujeito pensa acerca de um determinado objeto, que pode ser um indivíduo, um fenômeno, um material concreto ou abstrato, uma ideia ou mesmo uma teoria⁶.

O desenvolvimento desse tema ocorreu pela oportunidade de clarificar as representações sociais do HIV/Aids construídas pelo grupo masculino, possibilitando o preenchimento de lacunas de estudos relacionados à assistência às PVHA e a possível influência dos aspectos culturais e sociais do sexo masculino,

que potencializam interpretações hegemônicas capazes de interferir no processo assistencial.

A utilização do referencial teórico das Representações Sociais em pesquisas realizadas por profissionais da saúde tem se intensificado, envolvendo temas relacionados às doenças e às formas de cuidado⁷. O aprofundamento do fenômeno das RS em torno da Aids, no contexto profissional dos trabalhadores da saúde, pode provocar implicações sociais no processo de configuração de suas práticas, sobretudo no que se refere ao atendimento dos portadores do HIV/Aids⁸.

Daí o interesse em realizar um estudo baseado na Teoria das Representações Sociais visto que trabalhos sobre essa temática apresentam números reduzidos na literatura nacional. Para tanto, o estudo teve como eixo norteador o seguinte questionamento: quais os significados atribuídos por trabalhadores da saúde do sexo masculino acerca do HIV/Aids?

Ante o exposto, o estudo teve como objetivo investigar os significados que homens trabalhadores da saúde atribuem ao HIV/Aids.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Considerou-se a perspectiva processual delineada por Denise Jodelet. Essa vertente é considerada a seguidora mais clássica das orientações propostas por Moscovici⁶.

A pesquisa foi realizada em seis unidades ambulatoriais inseridas em serviços hospitalares, sendo um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e cinco Serviços de Assistência Especializada (SAE) na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil.

O universo do estudo foi constituído por homens trabalhadores de saúde dos serviços de referência selecionados. Para seleção da amostra foi necessário o atendimento dos seguintes critérios: atividades laborais há pelo menos seis meses nesses serviços e pleno exercício profissional durante a coleta de dados, além do interesse e disponibilidade para participar do estudo proposto. Nesse sentido, considerando os critérios elegidos, a amostra foi composta por 14 trabalhadores da saúde do sexo masculino.

A coleta de dados ocorreu de janeiro de 2012 até agosto de 2013. Para apreensão do material empírico, foi utilizado um questionário contendo informações da caracterização os participantes da pesquisa e a técnica de entrevista a partir de um roteiro contendo questões relacionadas ao objetivo do estudo.

Salienta-se que, os dados foram coletados nos locais do estudo, geralmente, no início ou término do atendimento aos pacientes, mediante agendamento prévio e disponibilidade dos profissionais. Utilizou-se um gravador digital para a captação do discurso dos trabalhadores.

Posteriormente, realizou-se a transcrição das entrevistas na íntegra e as mesmas foram codificadas, a partir da categoria profissional, com a finalidade de manter o anonimato dos participantes. Desse modo, os profissionais médicos foram identificados pela letra "M", seguido de números de um a oito. Exemplo:

o primeiro profissional médico que participou da entrevista foi codificado da seguinte maneira: "M1"; o segundo médico, "M2" e assim sucessivamente. O técnico de enfermagem foi representado pelo código "TE" e também foi seguido de números de um a três. Outros profissionais que tinham apenas um representante foram denominados pela letra inicial e o número um. Portanto, o psicólogo foi apresentado pelo código "P1", o cirurgião dentista "D1" e o farmacêutico "F1".

O material empírico foi analisado por meio da técnica de análise de conteúdo temática-categorial proposta por Bardin, que consiste em um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados a diversos discursos, possibilitando ao investigador, a análise do latente, não aparente e potencial inédito da mensagem⁹.

Nesse sentido, a organização do conteúdo compreende três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados seguido de inferência e interpretação. Na primeira fase, os documentos são selecionados, permitindo a exploração sistemática e formulação de hipóteses, objetivos e indicadores acerca do produto de investigação. Deve ser considerada a pertinência do tema, coerência e representatividade do material pesquisado⁹.

Nas fases seguintes, a exploração dos dados consistiu na codificação e decomposição dos mesmos. Para tanto, o tratamento e a interpretação dos resultados devem ser significativos e válidos, sendo necessária a descrição dos conteúdos para facilitar a compreensão do que foi analisado⁹.

Cabe enfatizar que, o conteúdo das Representações Sociais é valioso, visto que as mesmas são simbólicas e constituídas por elementos perceptuais e cognitivos. A conversa constitui um elemento central do universo consensual conferindo valor a tais representações. Ações e palavras produzidas pelos indivíduos possuem um sentido, intenção ou propósito que instigam a investigação. Desse modo, as palavras estimulam respostas diante dos múltiplos contextos de uma realidade⁵.

Neste estudo, a exploração do material empírico ocorreu de forma sistemática, por meio de diversas leituras flutuantes que possibilitaram a construção de hipóteses provisórias. Em seguida, extraíram-se os pontos relevantes do conteúdo de cada corpus de entrevistas, assim como a convergência de questões relacionadas aos tópicos do roteiro e que foram transformadas em unidades de sentido, identificadas pela codificação numérica das entrevistas e categoria profissional.

O embasamento da análise suscitou a construção de categorias apresentadas pelas expressões dos trabalhadores da saúde do sexo masculino, associadas ao HIV/AIDS, sendo identificadas como: Representações do HIV/AIDS relacionadas à diversidade social das PVHA e Representações do HIV/AIDS acerca da abordagem multidisciplinar como apoio à adesão ao tratamento.

Ressalta-se que, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco por meio do registro 125-A/11, aprovado em 08 de Julho de 2011, iniciou-se a coleta de dados, que ocorreu mediante a aceitação voluntária dos profissionais da saúde para participar da investigação proposta. Os mesmos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido e foram obedecidas as recomendações contidas na Resolução nº 466/12¹⁰.

Destaca-se que, esta investigação foi extraída de um projeto multicêntrico intitulado "As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de Aids: representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil", registro nº 16755, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e cuja produção foi obtida da cooperação de bolsa disponibilizada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 14 homens trabalhadores da saúde, sendo dez médicos, três técnicos de enfermagem, um cirurgião-dentista, um psicólogo e um farmacêutico. Em relação à categoria profissional, houve destaque para a classe médica, sendo a infectologia a especialidade mais explícita entre os mesmos, com quatro profissionais. Nessa categoria, também estão inseridas especialidades como pediatria, psiquiatria, cardiologia e medicina do trabalho.

No SAE, a equipe multiprofissional mínima recomendada consiste em: médico clínico treinado e/ou infectologista; enfermeiro; auxiliar e/ou técnico de enfermagem; assistente social e/ou psicólogo, cujas atribuições devem contemplar a atenção integral voltada ao atendimento ambulatorial, individual e/ou coletivo às pessoas vivendo com Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV/AIDS³.

O perfil dos trabalhadores demonstrou que a maioria possui entre 46 a 55 anos de idade e, no eixo assistencial, 42,9% atuava no período de 6 a 15 anos. Cumpre assinalar que muitos participantes possuem faixa etária e tempo de atuação concomitante ao período de profundas transformações epidemiológicas e sociais do fenômeno HIV/AIDS, caracterizadas pelos processos de interiorização, pauperização e feminização.

Destaca-se que, em 2007, a rede de assistência ambulatorial a adultos que vivem com HIV/AIDS, possuía pelo menos um médico infectologista ou clínico responsável pela assistência em 44,2% dos serviços e, 46,1% desses, eram constituídos por médicos com cinco anos ou mais de experiência no atendimento de PVHA¹¹. Dessa forma, a experiência profissional possibilita a construção de Representações Sociais sobre o HIV/AIDS.

Ressalta-se a importância da caracterização dos participantes para a compreensão do fenômeno apresentado neste estudo. As características atribuídas ao perfil permitem um olhar sobre as representações moral e biológica construídas para acolher um elemento novo, a Aids, apoiadas nos significados e conhecimento prévio dos grupos sociais⁹. Nesse prisma, o contexto em que as representações são elaboradas é responsável pelas diferenças no modo de pensar e compreender os fatos, conforme racionalidades distintas⁵.

Cabe enfatizar que, por meio da operacionalização de análise de conteúdo de discursos manifestados por trabalhadores do sexo masculino, identificaram-se representações sobre o HIV/AIDS relacionadas à diversidade social das PVHA, bem

como acerca da abordagem multidisciplinar à adesão ao tratamento, apresentadas nas categorias a seguir.

Representações do HIV/Aids relacionadas à diversidade social das PVHA

Na presente categoria, os participantes relacionaram a diversidade dos indivíduos soropositivos ao HIV à realidade social que vivenciam e a possível influência na adesão ao tratamento. Além disso, existe uma configuração do perfil das PVHA expressa no imaginário dos profissionais capaz de fomentar um preconceito estabelecido pela sociedade em geral.

Os depoimentos revelaram alguns aspectos dos indivíduos acometidos pelo HIV/Aids que, no decorrer da história da epidemia, incorporaram as condições de vida das PVHA e as imagens inerentes ao comportamento e às alterações físicas provocadas pela doença. Esse retrato das PVHA é evidenciado por meio de algumas falas:

Naquela época [...] as pessoas que tinham a sintomatologia mais grave tinham uma aparência magra, olhos vermelhos, aparência mais de pacientes com aids, (TE1).

Ainda existe aquela ideia de a imagem que vê é a imagem de um homem feio, magro, que foi o que ficou no consciente coletivo que é o que todo mundo acha que existe ainda hoje relacionado à aids, que esse quadro aí não mudou e que os pacientes, todos os pacientes com HIV, vão ser como o cazuza, como um Betinho em fim de linha. (M1).

[...] classe média e baixa, predominantemente baixa, aparência física magra, outros com lesões de pele, mais a perda de peso e a depressão. (M2).

[...] a aids antes tinha uma cara, a cara daquele doente grave, com perda de cabelo, com lesão de pele, pessoa emagrecida. Aquilo era a cara da aids. Ela mudou, hoje a cara da aids é de efeito adverso, a lipodistrofia, a dislipidemia. (M3).

Com base nesses discursos, é possível observar que, embora existam novos recursos terapêuticos e a possibilidade de uma maior sobrevida relacionada à qualidade de vida, o estereótipo inicial da epidemia do "aidético" persiste na imaginação dos indivíduos soropositivos ao HIV como uma pessoa em fase terminal e com características físicas de emagrecimento e fraqueza¹². No imaginário social, o sujeito acometido por doença é avaliado moralmente, de uma forma negativa¹³.

Outros depoimentos, no entanto, reforçaram a ideia da expansão do vírus na população ao acometer grupos de idosos, crianças e adolescentes, havendo uma distinção do perfil epidemiológico das PVHA, levantado no início da epidemia e revelado em alguns trechos:

Mudou muito na verdade, a aids saiu do nome peste gay, para uma doença que, atualmente, a proporção de

homens e mulheres é quase um para um, na maior parte do mundo [...] (M4).

[...] descobriram que não era somente o gay que pegava, ou só o homossexual que se contaminava com o vírus do HIV, quando começou a nascerem crianças e aparecer mulheres positivas. (TE2).

[...] a gente vê mais a classe média baixa [...] hoje nós temos doentes de HIV em pessoas da terceira idade [...] (TE3).

[...] foi migrando para uma população mais carente, para as mulheres e, com o advento do viagra, foi migrando para os idosos, e depois para as mulheres destes idosos e hoje todo mundo está no barco. (M5).

[...] apesar de ser mais prevalente em todos os grupos, em todas as classes sociais e quem está sofrendo são as classes menos favorecidas [...] Eu vejo pacientes, isso eu já transpareci é como vítimas de todo um sistema, de todo um contexto, um contexto social amplo [...]. As pessoas já se infectam porque vivem, vou dizer um termo, de uma vida desgraçada. Aqui a gente sai chorando da visita, pela desgraça que vive aquela pessoa. O ter HIV é só mais um incidente dentro de uma desgraça de vida do que é. [...] (M1).

Alguns discursos se reportam à ineficiência das práticas de controle da epidemia da doença no Brasil, manifestada pela pauperização e um aumento da infecção nos diversos grupos sociais, como jovens e mulheres.

Sabe-se que, o fenômeno HIV/Aids surgiu no país em 1982, de forma impactante, misteriosa e aterrorizadora, devido à rápida letalidade e desfiguração corporal extrema. Emergiu em um momento de controle das doenças infecciosas e parasitárias que, no imaginário social, eram comuns aos países e regiões pobres⁴.

Destarte, o cenário dessa epidemia, indica que as pessoas mais expostas à infecção vivem em condições de pobreza, exclusão social, e/ou pertencem a grupos minoritários, como mulheres, homossexuais e usuários de drogas. Essa realidade reforça a necessidade de ações preventivas capazes de minimizar preconceitos e quebrar tabus, por parte dos profissionais¹⁴.

A Aids desencadeia uma complexidade de efeitos físicos e atitudes preconceituosas no meio social das pessoas acometidas, permeado pelo medo da contaminação e pelos julgamentos morais atrelados à doença¹⁵. Assim, considerando o preconceito social como uma característica explícita na sociedade e incorporada por diversos atores sociais, inclusive por profissionais de saúde, é possível identificá-lo em alguns relatos:

[...] para esses pacientes é muito difícil, às vezes, porque eles chegam no consultório e quando eles falam que são soropositivos eles não são atendidos mesmo que eles estejam hígidos, mesmo que eles não tenham nenhuma patologia instalada (CD1).

A gente encontra muito preconceito por parte de outros médicos [...] não são todos, mas alguns não buscam tentar resolver o problema do paciente, já alguns procuram transferir [...] (M6).

[...] o paciente que precisa de uma cirurgia urgente [...], mas o paciente por estar com HIV, eles protelam o máximo para não ter que entrar e operar este paciente (M1).

Uma das coisas que a gente vê, [...] é usuário de droga e principalmente crack injetável, é difícil lidar com eles, independente do HIV ou aids, talvez os profissionais de saúde tenham um maior preconceito ou resistência de trabalhar com isso [...] (M6).

[...] as classes sociais divergem em níveis, mas convergem quando há prática sexual abusiva e irresponsável (M7).

[...] a visão continua sendo preconceituosa no sentido de que o paciente soropositivo é, em sua maioria, homossexual, promíscuo ou usuário de droga ou uma pessoa que é julgada duramente e a empatia demora a surgir entre os pacientes soropositivos [...] sobre o preconceito, dentro da própria comunidade médica com relação à sexualidade e a homossexualidade [...] (M4).

Frente a esses discursos, processos de exclusão e discriminação das PVHA foram nitidamente evidenciados no cotidiano dos trabalhadores de saúde do estudo, cujos significados sobre o fenômeno foram elaborados mediante uma abordagem histórica, afetiva e valorativa, que compreende a gênese das representações.

Vale salientar que, no início da epidemia, a representação da Aids por profissionais de saúde foi manifestada pelo medo, preconceito, exclusão e morte, configurada por sentidos negativos que retratam uma postura social vivenciada pelas PVHA frente à doença¹⁵. Diante dessa premissa, percebe-se que, nem sempre é possível se libertar de todas as convenções ou eliminar todos os preconceitos. Sendo assim, as representações podem ser assimiladas como um processo real¹⁵.

Durante a investigação, identificou-se que o perfil das PVHA ainda é determinado por características relacionadas ao comportamento sexual e vulnerável à manifestação discriminatória na sociedade em geral. Com base nesse pressuposto, está imbricada a revelação sobre as doenças ligadas ao comportamento sexual, que são moralmente repreendidas e registradas culturalmente como enfermidades procuradas e merecidas¹³.

Diante desses fatos, o silêncio é uma forma de negar a positividade ao HIV e a existência da Aids e da homossexualidade, preservando o indivíduo e familiares do enfrentamento e reconhecimento da diferença. Há um receio de revelar essa condição a família e amigos, assim como da submissão aos julgamentos que podem ocorrer. Tais sentimentos somam-se ao preconceito, produto de uma doença ainda ligada a estigmas e estereótipos¹².

Sobre o estigma, o mesmo trata-se de uma rotulagem, definição de estereótipos, separação, perda de status e discriminação, na qual o poder é exercido. Tal condição afeta grupos populacionais socialmente desfavorecidos, atrapalha ou inibe o acesso a vários recursos estruturais, interpessoais e psicológicos, que poderiam ser utilizados para evitar ou minimizar problemas de saúde, além de dificultar a eficácia das intervenções¹⁶.

O estigma e a discriminação relacionados ao HIV persistem como os principais obstáculos para uma resposta eficaz do combate mundial ao vírus, sendo comum a presença de atos discriminatórios no tratamento e no acesso aos cuidados de saúde das pessoas acometidas².

O estigma trata-se de um comportamento social que induz a pessoa com HIV a percorrer uma trajetória silenciosa e solitária, rumando para o isolamento. A visão moral pode transformar a doença em um estigma social provocando submissão ou revolta nas PVHA⁶. Desse modo, alguns depoimentos ilustram processos de autoexclusão e heteroexclusão que muitas PVHA podem vivenciar, tornando-se susceptíveis ao isolamento social:

[...] os pacientes não querem, absolutamente, que ninguém saiba que eles têm HIV. (P1).

[...] é difícil para as famílias aceitarem, ainda é difícil para o próprio paciente aceitar. O próprio paciente é muito preconceituoso em relação à condição dele (M1).

Ainda hoje existe muito preconceito, o preconceito é, para mim, o que mais mata no HIV/aids, é o que mais provoca exclusão e agravo na questão do próprio paciente. (F1).

Como é uma doença estigmatizante, o preconceito é muito forte e é uma doença crônica que não é fácil de tratar. Ainda é um desafio para o médico, para a equipe multidisciplinar e principalmente para o doente (M4).

No que concerne às relações familiares, pesquisa observou a dificuldade que o usuário soropositivo ao HIV enfrenta para revelar o diagnóstico para a equipe de saúde, por medo da exposição na comunidade, optando por serviços distantes de seu convívio familiar e social¹⁵. A falta de confiança demonstrada pelos pacientes relacionada à garantia de sigilo de sua condição ainda constitui um desafio conforme evidenciado nos depoimentos abaixo:

[...] alguns pacientes eram de outros locais, eram muito homossexuais masculinos, eram do interior que vinham para cá, de outros estados que vinham para cá e muitos não tinham suporte nem da família, nem dos amigos. Era uma coisa muito difícil, muitas pessoas não queriam ser vistas com os pacientes soropositivos (M4).

[...] muitas vezes a própria família do paciente não sabe que ele tem HIV, às vezes, ele tem há três, quatro, cinco anos, toma medicamento e tudo e a família não sabe, porque, muitas vezes, o paciente acha que não é bom dizer a família que está doente. (P1).

Conforme os depoimentos acima, ao descobrir que estão infectadas pelo HIV, as pessoas se sentem diferentes das demais, pois constroem socialmente um corpo contaminado por um agente endógeno e assimilam os valores morais e de julgamento determinados pela sociedade¹³.

A cadeia de julgamentos associada ao convívio com a soropositividade ao HIV constitui um desafio para as PVHA, famílias e equipes de saúde, devido às alterações psicológicas e dificuldades na adesão ao tratamento. Dessa forma, os profissionais da saúde geralmente vivenciam algumas barreiras relacionadas ao trabalho e ao convívio social com as PVHA, como descrevem os depoentes a seguir:

[...] já aconteceu comigo mais de uma vez, de eu encontrar um paciente no shopping center e o paciente se desviar de mim [...] isso reflete o grau de desconforto da pessoa com seu próprio estado de soropositivo pelo HIV, ele ainda não conseguiu se aceitar e tem medo de que o público o reconheça como o tal. (M4).

Como tinha preconceito com paciente com aids, existia preconceito com quem trabalhava com aids. Então, na minha vida social se eu encontrasse alguém que perguntasse: o que é que você faz? eu dizia que trabalhava com criança. [...] (M3).

[...] quando diz que tem HIV é sempre muito dramático para o paciente, para os familiares, para os amigos, trabalho. A pessoa ainda tem que esconder no trabalho que é soropositivo. Eu vejo ainda uma doença muito estigmatizada, com muito preconceito. (M8).

No que diz respeito ao processo de afastamento das PVHA que ocorre no nível institucional, quando há a confirmação do diagnóstico da enfermidade, pode ocorrer o afastamento da PVHA a partir de diversos mecanismos, mediados por uma forma de violência, pela suspeita da sua capacidade de produzir força de trabalho, que contribui para sentimentos de dor e isolamento social¹³.

Nessa perspectiva, o isolamento social das PVHA constitui um desafio para os profissionais de saúde que devem agregar, acolher, apoiar e possibilitar a inclusão social das pessoa acometida, através de estratégias que melhorem a sua autoestima e a aderência aos grupos de pertencimentos sociais¹⁵.

Representações do HIV/Aids acerca da abordagem multidisciplinar como apoio à adesão ao tratamento

Nessa categoria, foram contemplados os discursos dos trabalhadores masculinos inseridos no estudo sobre a abordagem multidisciplinar. O processo inicial dessa temática destaca a relevância da interação da equipe de saúde diante do contexto assistencial que os depoentes idealizam como uma estratégia favorável para a melhoria da qualidade de vida das PVHA corroborando com os avanços nos cuidados de saúde. Os relatos apontam que essa estratégia deve ser adotada nos serviços ambulatoriais de assistência às PVHA:

Quando você lida com outras pessoas você vai sempre procurar aprender com a equipe multidisciplinar, você está sempre enriquecendo. (M6).

[...] A gente procura ver mais do que a própria doença, não se baseia só na prescrição médica do resultado de exame, porque a gente sabe que isso tudo pode alterar a adesão ao tratamento ao longo do prazo. (M3).

[...] ainda precisa atuar mais forte no nível de prevenção e diagnóstico precoce da doença, acho que talvez a gente possa trabalhar mais efetivamente, está mais perto dos pacientes, na sua residência, na sua comunidade para monitorar melhor a aderência ao tratamento [...] (M8).

Em relação a esses discursos, os depoentes reconhecem a necessidade de esforços da equipe multidisciplinar para melhorar o cuidado direcionado às PVHA nos diversos níveis assistenciais de saúde. O processo de cuidado envolve fatores relacionados à maternidade, à religiosidade, ao estilo de vida e às condições psicológicas, que devem ser identificados para possibilitar intervenções adequadas e eficazes¹⁷, conforme evidenciado a seguir:

Você teria que ter uma relação profissional. E nessa relação você acaba conhecendo o paciente mais e vendo as diferenças do mesmo. Então, isso facilita você cuidar e tratar do paciente [...] (TE3).

No que concerne às barreiras enfrentadas pelos profissionais, estudo sobre adesão ao tratamento antirretroviral destaca o abandono associado às dificuldades de ordem psicológica ou decorrentes de efeitos colaterais, que necessitam de uma intervenção profissional, com ênfase na promoção do autocuidado e assistência integral à saúde, já que uma boa adesão ao tratamento está relacionada à qualidade de vida das PVHA¹⁷.

Na África do Sul, a pobreza, mobilidade e infraestrutura precária, constituíram barreiras afetaram a adesão à TARV, manifestadas pelo aumento da fadiga dos pacientes, e maior custo alimentício, limitando o acesso e causando efeitos colaterais intoleráveis ao ingerir a medicação com o estômago vazio. Além disso, fatores institucionais relacionados à espera prolongada durante as consultas, superlotação no atendimento, falta de privacidade, bem como crenças religiosas, estigma e medo da discriminação, resultaram em uma baixa realização do teste HIV e adesão ao tratamento antirretroviral¹⁸.

Essa realidade condiz com o perfil epidemiológico brasileiro, enfatizado pelo processo de pauperização e ilustrado nos depoimentos a seguir:

[...] É uma eterna batalha dos meus pacientes que moram no interior para conseguir transporte pela prefeitura. [...] Outra: porque você está assim? Doutor, eu estou tomando o remédio direitinho, mas estou vomitando.:

Por quê?: porque eu não tenho o que comer, é por isso que eu emagreci! Eu não tenho o que comer! [...] ela queria se internar só para comer [...] (M1).

O grande problema é ainda o grande número de pacientes que não aderem ao tratamento, por razões várias; sócio, econômicas e culturais [...] (M8).

Os profissionais associam a condição financeira das PVHA às dificuldades de adesão ao tratamento. As situações verbalizadas conferem um paradoxo da realidade socioeconômica e política no Brasil que afeta diretamente as PVHA e outros grupos sociais, podendo contribuir para o aumento da morbimortalidade associada ao HIV/Aids.

Estudos apontam o sucesso da adesão aos antirretrovirais como um dos desafios para o controle da doença, tanto para os indivíduos acometidos quanto para a equipe de saúde, tendo em vista que muitos efeitos colaterais ao tratamento contraem-se aos benefícios. Assim, a comunicação eficaz entre os profissionais envolvidos e o paciente pode favorecer reflexões sobre a complexidade do controle e da responsabilidade para o êxito terapêutico. Nesse contexto, a interação entre paciente, profissional, sistema de saúde e sociedade é fundamental para a efetividade da TARV¹⁷.

No que diz respeito à atuação da equipe multidisciplinar, evidencia-se o advento da TARV que implica em avanços nos cuidados de saúde voltados para as PVHA no Brasil e sugere a melhoria do processo do trabalho multidisciplinar por meio de acolhimento, aconselhamento e conscientização acerca dessa adesão visando à melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Tal destaque foi ilustrado nos discursos:

Avanço, acrescido de cada droga nova entrando em tratamento e se refletindo também em tratamento, equipes multiprofissionais do serviço de assistência especializada que requer equipe multiprofissional. Você não pode ter um serviço de SAE sem equipe multiprofissional, então, todo esse gerenciamento é importante. (M3).

[...] grupos de adesão é um aspecto que deve ser salientado, porque se deparava muito com a dificuldade dos pacientes aderirem ao medicamento por conta dos estigmas, da depressão e outros fatores, de efeitos colaterais de medicamentos. Então tinha um grupo de adesão o que atuava de maneira dinâmica contribuía muito. (M2).

[...] permitir que houvesse integração entre os pacientes, mais efetiva, e entre membros da família e o paciente, isso sim poderia ajudar bastante na reintegração desse paciente [...] (F1).

Outro tópico referenciado pelos participantes do estudo refere-se à necessidade de interação entre a equipe multidisciplinar, paciente e família como um auxílio para melhorar a convivência com o vírus e para o tratamento das PVHA, conforme os depoimentos a seguir:

[...] hoje a família já estando interagida com o profissional e com o paciente, se torna melhor a convivência e se torna melhor o tratamento. (TE3).

[...] se não tiver uma participação da família para poder dar um apoio ao paciente ele não vai continuar o tratamento [...] ele pode até no começo, mas depois de certo tempo ele vai abandonar. (TE2).

[...] Quando a gente não consegue ter o apoio da família do paciente, a família abandona fica tudo mais difícil. (M6).

Eu acho fundamental você ter um bom relacionamento com os pacientes, com os familiares. Você estar sempre disponível para passar as informações necessárias, estar tirando as dúvidas, numa linguagem que aquele grupo familiar consiga entender [...] (M2).

Cabe ao profissional orientar o paciente, os familiares [...] é muito mais interessante que tenha alguém da família com quem você possa contar para passar essas orientações. (CD1).

Partindo desses pressupostos, a participação da família é fundamental para a efetividade da adesão ao tratamento. A necessidade do suporte familiar é reconhecida pelos trabalhadores constituindo um elemento chave para o sucesso terapêutico.

Ante ao exposto, considera-se que o pensamento dos indivíduos se dá por meio de uma linguagem e está organizado conforme um sistema representacional e cultural que os condiciona⁵. O sucesso na condução da assistência prestada às PVHA exige dos profissionais envolvidos a compreensão acerca dos medos, desejos, angústias, assim como dos benefícios do tratamento, possibilitando uma intervenção eficaz e integral que contemple a promoção da saúde¹⁷.

CONCLUSÃO

Ao examinar o aspecto simbólico do HIV/Aids na visão do grupo estudado, percebemos o compartilhamento de uma linguagem, de valores e memórias comuns, cujas significações podem ser capazes de produzir determinados efeitos nas relações interpessoais. Esses resultados possuem uma causa real, que nos permite compreender o comportamento social e o julgamento dos sujeitos, sustentando a razão pela qual insistimos nesta pesquisa.

O estudo destacou significados do HIV/Aids, identificados pelas condições socioeconômicas e estigmatizantes que afetam as PVHA. Salientou a necessidade do acompanhamento multidisciplinar efetivo, através de grupos de adesão e apoio familiar, capazes de facilitar o processo de reintegração social e adesão ao tratamento.

Apesar das limitações inerentes ao contexto laboral, o presente estudo suscita reflexões acerca das representações sociais e os resultados poderão ser amplamente apreciados e discutidos pela comunidade científica e acadêmica, incluindo a área de Enfermagem. As perspectivas registradas podem

ser ampliadas em outros serviços de atenção à saúde, além do complexo assistencial em HIV/Aids. Para tanto, espera-se colaborar para a compreensão das representações do HIV/Aids por meio dos significados produzidos por homens trabalhadores da saúde a partir da realidade vivenciada no cotidiano dos sujeitos envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Perucchi J, Rodrigues FD, Jardim LN, Calais LB. Psicologia e políticas públicas em HIV/AIDS: algumas reflexões. *Psicologia & Sociedade*. 2011;23(n. spe.):72-80.
2. Unites Nations Programme on HIV/AIDS - UNAIDS. World Health Organization - WHO. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013; 2013[cited 30 mar 2015]. Available: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2013; Ano II(1).
4. Oliveira DC. Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [on line]. 2013 [citado 2014 fev 20];21(Spec):[aprox. 10 telas]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_34.pdf.
5. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 8ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.
6. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*, Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001.
7. Silva RC, Ferreira MA. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. *Esc Anna Nery*. 2012;16(3):607-11.
8. Costa TL, Oliveira DC, Formozo GA. Representações sociais sobre pessoas com HIV/AIDS entre enfermeiros. *Estud. pesqui. psicol*. Rio de Janeiro, 2012;12(1): 242-59.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério de Saúde; 2012.
11. 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.
12. Maliska ICA, Padilha MI, Vieira M, Bastiani J. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. *Rev. gauch. enferm*. 2009 mar;30(1):85-91.
13. Gonçalves EH, Bandeira LM, Garrafa V. Ética e desconstrução do preconceito: doença e poluição no imaginário social sobre o HIV/Aids. *Rev. bioét*. 2011;9(1):159-78.
14. Silva JM, Castro e Silva CR. HIV/Aids e violência: da opressão que cala à participação que acolhe e potencializa. *Saúde Soc*. São Paulo. [periódico na internet]. 2011 set; [citado 2014 mar 06];20(3):635-46. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/10.pdf>
15. 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. *R. pesq.: cuid. fundam*. (on line). 2011 dez; [citado 2014 mar 15];(Supl): 92-9. Disponível em http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1966/pdf_529.
16. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. [periódico na internet]. 2013 may; [cited 2014 mar 15];103(5): 813-21. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3682466/pdf/nihms-480337.pdf>.
17. Fiuza MLT, Lopes EM, Alexandre HO, Dantas PB, Galvão MTG, Pinheiro AKB. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. *Esc Anna Nery*. 2013;17(4):740-8.
18. Kagee A, Delpont T. Barriers to adherence to antiretroviral treatment: the perspectives of patient advocates. *Journal of Health Psychology*. [periódico na internet]. 2010 Aug; [cited 2014 mar 24];15(7): 1001-11. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20801946>.