

## Representaciones de profesionales de la atención primaria sobre riesgo ocupacional de infección por el virus HIV

Marina Celly Martins Ribeiro de Souza<sup>1</sup>

Maria Imaculada de Fátima Freitas<sup>2</sup>

Se trata de un estudio cualitativo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales, con profesionales que actúan en la atención primaria sobre el riesgo de infección por el HIV a que están expuestos en su trabajo cotidiano. Fueron entrevistados doce profesionales, médicos y enfermeras, que actuaban en dos Centros de Salud en el municipio de Belo Horizonte. El análisis terminó con la saturación de las informaciones, por el método propuesto por el Análisis Estructural de Narración. Los resultados revelaron que los profesionales de la salud entrevistados conocen el riesgo de infección en su trabajo cotidiano, representándolo como muy bajo en la atención básica, porque lo relacionan con una complejidad tecnológica, que consideran no existir en el nivel de asistencia en que actúan. Creen que el uso de equipamientos de protección individual puede minimizar los riesgos y que, hoy, ningún profesional de la atención básica deja de atender pacientes por miedo de infectarse, inclusive no utilizando todas las precauciones recomendadas.

Descriptores: Práctica Profesional; Asistencia Médica; Atención de Enfermería; Atención Primaria de Salud; Serodiagnóstico del SIDA.

<sup>1</sup> Enfermera, Maestría en Enfermería. E-mail: marinacelly.souza@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermera, Doctorado en Ciencias de la Educación, Profesor Asociado II, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil. E-mail: peninha@enf.ufmg.br.

---

Correspondencia:

Marina Celly Martins Ribeiro de Souza  
Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem  
Av. Alfredo Balena, 190  
Bairro Santa Efigênia  
CEP: 30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil  
E-mail: marinacelly.souza@gmail.com

## Representações de profissionais da atenção primária sobre risco ocupacional de infecção pelo HIV

Este é um estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, com profissionais que atuam na atenção primária, sobre o risco de infecção pelo HIV, ao qual estão expostos no cotidiano do trabalho. Foram entrevistados doze profissionais médicos e enfermeiras que atuam em dois centros de saúde no município de Belo Horizonte, MG. A análise final se deu com a saturação das informações, pelo método proposto pela Análise Estrutural de Narração. Os resultados desvelaram que os profissionais de saúde entrevistados conhecem o risco de infecção em seu cotidiano de trabalho, representando-o como muito baixo na atenção básica, porque o relacionam à complexidade tecnológica, que consideram não existir no nível de assistência em que atuam. Acreditam que o uso de equipamentos de proteção individual pode minimizar os riscos e que, hoje, nenhum profissional da atenção básica deixa de atender pacientes por medo de se infectar, mesmo não utilizando todas as precauções recomendadas.

Descritores: Prática Profissional; Assistência Médica; Cuidados de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Sorodiagnóstico da AIDS.

### Representations of Primary Care Professionals about the Occupational Risk of HIV Infection

This was a qualitative study, based on the Social Representations Theory, with professionals that work in primary care, about the risk of HIV infection to which they are exposed in their quotidian work routine. Twelve physicians and nurses who work in two Health Centers in the city of Belo Horizonte were interviewed. The final analysis, carried out using the saturation of information criterion, was based on the method proposed by Structural Analysis of Narrative. The results show that the health professionals interviewed knew the infection risk in their work routine, representing it as very low in primary care, because they relate it to technological complexity which they consider does not exist in the level of assistance in which they work. They believed that the use of personal protection equipment may minimize the risks and that, nowadays, no primary care professional refuses to attend a patient due to fear of infection, even if not using all the recommended precautions.

Descriptors: Professional Practice; Medical Assistance; Nursing Care; Primary Health Care; AIDS Serodiagnosis.

### Introducción

Los profesionales del área de la salud están expuestos a los mismos riesgos (químicos, físicos y ergonómicos) en que encuentran los demás trabajadores, acrecidos de aquellos representados por agentes biológicos, una vez que cotidianamente pueden tener contacto con sangre y otros fluidos orgánicos. El surgimiento y el resurgimiento de enfermedades infecciosas, sobre todo cuando la forma de contagio ocurre por la penetración de objetos punzantes o cortantes contaminados, trajeron nuevas implicaciones para los profesionales y para la organización del trabajo en los servicios de salud.

Al cuidar de personas infectadas por virus, bacterias o otros microorganismos, el profesional se expone a riesgos ocupacionales, ocasionando representaciones antiguas sobre transmisibilidad y males epidémicos<sup>(1-2)</sup>.

A partir del descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y de la elucidación de su forma de transmisión, el estado y las instituciones de salud reforzaron la necesidad de contar con normas, monitoreo y evaluación, realizadas por la vigilancia en salud, para disminuir las consecuencias de los accidentes por exposición ocupacional a fluidos orgánicos potencialmente infectados<sup>(3)</sup>.

Paralelamente a la confirmación, por la epidemiología, del descubrimiento de una nueva enfermedad transmisible por contacto sexual y, después, por otros fluidos orgánicos, fueron relatados los primeros casos de trabajadores del área de la salud que adquirieron el virus HIV en consecuencia de su actividad profesional<sup>(4)</sup>.

La sociedad, al tomar conocimiento de esos descubrimientos, aumentó las representaciones sobre la enfermedad a las que ya existían, sobre todo sobre contagio y epidemia, definiendo otras sobre 'grupos de riesgo' por los modos de vivir la sexualidad y de culpabilidad de la persona que se infecta, considerado por muchos, como un desvío de comportamiento. Eso contribuyó, también, para la construcción de estereotipos de extrema delgadez del enfermo y de la condenación a una muerte rápida, ocasionando miedo y prejuicios, a través de "no-dicho" y de negaciones por parte de la sociedad<sup>(5)</sup>. Todas esas representaciones fueron también compartidas por los profesionales que las llevan a su trabajo cotidiano.

Sin embargo, desde el inicio de la epidemia, nuevos conocimientos científicos fueron agregados, centrados en la prevención y en el tratamiento. Muchas representaciones fueron cuestionadas, pero no necesariamente se modificaron con la misma velocidad del avance de la ciencia<sup>(6)</sup>. Los profesionales mantuvieron la representación de que el riesgo existe, pero pasaron a cuidarse más al saber de la seropositividad para el HIV del paciente<sup>(5)</sup>.

Los profesionales de la salud son los que tiene acceso más rápido a las informaciones científicas, pero conservan miedos y representaciones del sentido común que pueden interferir en el proceso de trabajo. Treinta años después del inicio de la epidemia, ¿Qué cambios, reconstrucción y elaboración de nuevas representaciones por los profesionales sobre la enfermedad y los riesgos de infección por el HIV sucedieron? ¿Cómo los trabajadores de los servicios de atención primaria a la salud representan los riesgos de infección por el HIV?

El objetivo del presente estudio fue analizar las representaciones de profesionales de la salud que actúan en la atención primaria sobre el riesgo de infección por el HIV a que están expuestos a él en su trabajo cotidiano.

## Método

Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales<sup>(7)</sup>, con utilización del método de Análisis

Estructural de Narración para realizar la interpretación de las entrevistas<sup>(8)</sup>.

El estudio de las representaciones posibilita la investigación de fenómenos que muchas veces se constituyen en grandes problemas sociales, sea para identificarlos e interpretarlos, o para que se comprenda a grupos, culturas o sociedades que de ellos se apropian, establecen modos de conducta y ensayan intervenciones y evaluaciones<sup>(9)</sup>.

Al tomar una representación como algo que es elaborado de forma colectiva, a partir de los cambios y prácticas dentro de un contexto histórico, se puede suponer que la representación es responsable por dar subsidios para los juzgamientos y actitudes. Así, se puede considerar que, en la medida en que las representaciones sociales son responsables por dar significado y coherencia al universo vivido y se expresan en varias formas de comunicación, se configuran como la base de las actitudes de los individuos<sup>(10)</sup>, siendo, por tanto, también su propia práctica<sup>(5)</sup>.

## Sujetos de la investigación

Participaron de la investigación los profesionales que actuaban en dos servicios de salud que componen la atención primaria del municipio de Belo Horizonte, en Minas Gerais, siendo entrevistados entre febrero y marzo de 2008. Fue considerado un período de actuación mínimo de seis meses en los servicios para garantizar que el entrevistado tuviese experiencia sobre el objeto de estudio. Los entrevistados son profesionales de la salud de nivel superior, médicos y enfermeras, miembros de los Equipos de Salud de la Familia y de los equipos de apoyo de las unidades.

El número de entrevistados no fue definido *a priori*, totalizando doce al final. Se utilizó el criterio de saturación de los temas tratados por los participantes para la interrupción de la recolección. Las entrevistas fueron realizadas en el propio ambiente de trabajo de los participantes, en local apropiado, objetivando garantizar el sigilo y la libertad. Las declaraciones fueron grabadas en cintas y posteriormente transcritas, permitiendo así, el análisis de la declaración de los sujetos.

## Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Municipio de Belo Horizonte y por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais.

Los sujetos fueron informados sobre el tema y los objetivos de la investigación y firmaron el Término de

Consentimiento Libre y Esclarecido, como previsto por la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud<sup>(11)</sup>. A cada uno le fue aclarado que la participación sería libre y su eventual abandono sería respetado, no ocasionando ningún daño a su trabajo, y que la fuente y las declaraciones serían utilizadas de forma sigilosa en todos los materiales producidos.

### **Técnica e Instrumento de recolección y análisis de los datos cualitativos**

Fue utilizada la entrevista abierta y profunda, buscando mayor flexibilidad, informaciones más ricas y una imagen más próxima de la complejidad de las situaciones o de los fenómenos estudiados.

Los datos fueron tratados utilizando el método propuesto por la Análisis Estructural de Narración<sup>(8)</sup>. Ese método pertenece a la Sociología Comprensiva, es de carácter inductivo-analítico y de reconstrucción de los sentidos, explicitando la subjetividad de los entrevistados.

El análisis estructural se inició con la lectura vertical de cada entrevista, buscando la aprensión del conjunto de la declaración de cada sujeto. En seguida, fue realizado el análisis horizontal, en el cual se 'des-construyó' la entrevista por los objetos de las declaraciones de los sujetos en secuencias (S). Esas secuencias son numeradas (S1, S2, S3, ...) y, en cada una, los hechos (F), los sentimientos, juzgamientos y justificaciones presentadas sobre ellos (J), así como los personajes envueltos, personas e instituciones (P), son marcados.

También, en esa etapa, las secuencias que tratan del mismo objeto fueron agrupadas, así como las 'justificaciones' sobre cada uno y los respectivos personajes, formando una 'categoría empírica' sobre aquel objeto de la representación del sujeto, procediendo a darle un nombre provisorio. Al final de esta etapa, se obtuvo el análisis profundo de cada entrevista, con las representaciones sobre cada objeto narrado, con sus conjunciones afirmativas y conjunciones adversativas.

Finalmente, se hace el análisis transversal, comparándose el conjunto de las entrevistas, por las categorías empíricas encontradas, procediendo a darles nombre, considerándose las representaciones encontradas sobre los objetos de las declaraciones, bajo la perspectiva de la Teoría de las Representaciones Sociales. Para cerrar el análisis, cada categoría encontrada fue cotejada con los resultados de otras investigaciones existentes en la literatura, definiéndose las categorías teóricas de las representaciones.

### **Resultados y Discusión**

Fueron entrevistadas siete enfermeras (ENF) y cinco médicos (MED), siendo dos del sexo masculino y tres del sexo femenino. La edad de los profesionales varió de 27 a 60 años y el tiempo de actuación en la atención primaria varió de seis meses a 13 años. A pesar de esas grandes diferencias, el hecho de que algunos trabajaban hace más tiempo en salud colectiva no produjo representaciones más específicas, más elaboradas o diferentes de aquellas de los que actuaban hace menos tiempo.

Se pudo constatar, también, que la formación académica diferente (en este caso, Enfermería y Medicina) no influyó en las representaciones encontradas en los relatos analizados. Así, independientemente de la categoría profesional, hay homogeneidad en las declaraciones de todos los participantes, no siendo posible concluir que algún tipo de representación estuviese relacionada exclusivamente a un grupo como consecuencia de la formación profesional específica.

Las representaciones encontradas están en las siguientes categorías: 1) riesgo y estructura del servicio de salud; 2) riesgo y conocimiento de la serología del cliente atendido; 3) riesgo y normas legales de protección.

En la primera, hay conformidad entre los entrevistados en reconocer la existencia del riesgo de infección por el virus HIV en lo cotidiano de las actividades desarrolladas en la atención primaria:

*El riesgo de infección por el HIV existe. Existe en la técnica, existe técnicamente (Enf 2).*

*Entonces, existe un riesgo [de infección por el HIV] si (Enf 1).*

Sin embargo, todos relativizan ese riesgo, considerándolo poco importante:

*Pero el riesgo [de infección por el HIV] en el nivel primario [de asistencia] es muy pequeño, muy pequeño. Tratamos mucho con pacientes en clínica y no hay tanto riesgo. .. (Med 3).*

*Creo que preocupa poco [el riesgo]. Así, en un centro de salud el riesgo no es alto, es un riesgo bajo (Med 4).*

*Pero aquí [en la atención primaria] nosotros no tenemos mucho [riesgo de infección], no (Med 5).*

La evaluación subjetiva del riesgo hecha por los entrevistados tiene concordancia con lo que afirman estudios sobre esa temática<sup>(12)</sup>, evidenciando que la probabilidad que tienen los profesionales de salud de adquirir el virus HIV de pacientes es muy pequeña, sobre todo si comparada a otras enfermedades infecciosas como la hepatitis. Sin embargo, al representar el riesgo de las acciones ejecutadas en las unidades de salud como poco importante, lo hacen porque lo comparan

con el riesgo en los niveles secundario y terciario de atención a la salud que consideran mayor:

*En la asistencia básica, eso [riesgo de infección por el HIV] es mucho menor, es una cosa que no preocupa tanto como en un área hospitalaria, por ejemplo, en los procedimientos invasores que nunca suceden aquí... (Med 1).*

*Yo no veo mayor exposición [en la atención primaria], pero en hospital sí. En hospital de gran porte el individuo no lo dice, la familia no está presente para informar... (Med 2).*

*Específicamente en la atención primaria, yo creo muy pequeño el riesgo de contaminarse por HIV, considerando que en la atención primaria se prima por la prevención, ¿no es verdad? Quiere decir, en la atención terciaria, específicamente, que eso es más común (Enf 3).*

A partir del análisis de esas declaraciones, se define una fuerte representación ligada al riesgo de infectarse en el ambiente hospitalario, que es visto como “el lugar de la atención compleja y despersonalizada” en el cual, muchas veces, el paciente y su familia pueden expresar o guardar el secreto sobre su condición.

Las justificaciones apuntan para la falta de evaluación y de profundidad del conocimiento, porque cualquier paciente podría estar infectado y no será su declaración o la de su familia que protegerá al profesional. Además de eso, hay una representación de que la mayoría de las actividades ejecutadas en una unidad de salud está relacionada a la prevención, en cuanto en los otros niveles de asistencia son de carácter curativo, olvidándose que, también en esos otros servicios, la prevención está en todas las acciones. Esas ideas organizan aquella más central, encontrada en la conjunción de los discursos de los profesionales, la de que el riesgo es muy alto donde “existen muchos procedimientos invasores, sobre todo en la atención terciaria”. Esa idea aparece como representación sin ningún fundamento científico, porque procedimientos en salud, invasores o no, deben ser realizados con la adecuada protección para el trabajador y el paciente, independientemente del nivel de atención.

Así, se puede afirmar que esas representaciones encontradas están afuera del origen científico de formación de esos profesionales, ya que el riesgo no está relacionado al nivel de atención, pero a la manera de protegerse en cualquier ambiente o servicios de salud.

La segunda categoría, riesgo y conocimiento de la serología del cliente, muestra representaciones ambiguas, con referencias del sentido común mezcladas con aquellas provenientes de la ciencia, construidas históricamente y frecuentemente muy antiguas.

De un lado, hay cierta inquietud cuando la persona es sabidamente infectada por el HIV, lo que puede generar, en el profesional, miedo y hasta mismo resistencia al acompañamiento y desarrollo de acciones dirigidas a esa persona<sup>(13)</sup>. El MED 1 relativiza su inquietud al negar que sea excesiva, pero afirma su existencia:

*El riesgo existe, ¿verdad? Pero yo creo que el riesgo no es tan alto, creo que no es tan alarmante si usted atiende un paciente HIV positivo mismo nosotros sabiendo de antemano. Yo no tengo una preocupación excesiva con eso [riesgo de contaminarse] y miedo de atender un paciente HIV, no. (Med 1)*

Sin embargo, al negar tan vehementemente su miedo, sin ser preguntado, el MED 1 está apuntando lo contrario. La representación es que la persona infectada es alguien que trae el peligro para cerca de él.

Las representaciones son de orden psicosocial de la vida individual y colectiva, el miedo de la infección por el HIV es transferido al miedo de la epidemia del Sida, que, a su vez, trae la metáfora tan antigua de la muerte pestilente y arrasadora de la persona y de la población<sup>(14)</sup>.

La asistencia prestada es facilitada, desde el punto de vista de los entrevistados porque, al tener seguridad de que la persona es infectada, se toman todas las precauciones para no entrar en el temido ciclo del contagio y de la epidemia. El conocimiento científico pasa lejos, lo que apunta para la fragilidad de la formación profesional, con pedagogías fundadas en el raciocinio deductivo, centradas en la transmisión de informaciones y que dejan de lado la reconstrucción de representaciones. Comprender esas representaciones, reconocerlas como importantes y contribuir en su reelaboración serían elecciones más productivas para disminuir los miedos, los prejuicios y, ciertamente, ayudarían en los cambios para la concretización de uno de los conceptos del Sistema Único de Salud en Brasil que es el de la integralidad de la asistencia, de forma ecuánime y solidaria.

Paradójicamente, de otro lado, hay, en general, representaciones de que cualquier usuario de los servicios de salud pueda estar infectado, pero eso es bastante periférico en relación al hecho de que los profesionales tienen mayor preocupación cuando aquellos son sabidamente seropositivos para el HIV. Ellos se olvidan de que la seropositividad no tiene, necesariamente, visibilidad.

Sin embargo, las ‘costumbres’ están evolucionando. En estudio realizado con cirujanos dentistas<sup>(15)</sup>, se verificó que los profesionales de la salud que, en el inicio del descubrimiento del Sida, tendían a recusarse a atender personas con HIV debido a numerosos factores como

el propio desconocimiento acerca de la enfermedad y de las formas de transmisión de la misma, hoy, en su mayoría, no presentan resistencia en asistirlos. Eso porque, según los autores, esos profesionales parecen ver la importancia del uso de equipamientos correctos de protección individual en la asistencia en salud, mismo que no lo hagan en todas las situaciones.

El Ministerio de la Salud<sup>(16)</sup> determina medidas de protección en el trabajo de los profesionales del área de la salud, en la Ley 1.679 de 19 de septiembre de 2002, al disponer sobre la estructuración de la Red Nacional de Atención Integral a la Salud del Trabajador en el Sistema Único de Salud. En relación a los profesionales de Enfermería, por ejemplo, el Consejo Regional de Enfermería de Minas Gerais, por medio de la Norma Reguladora 32, determina que los profesionales utilicen los Equipamientos de Protección Individual (EPI) en actividades que presentan riesgo de contaminación por cualquier microorganismo. Tales reglamentos son necesarios por los riesgos inherentes y pasibles de prevención durante las actividades de cuidados de salud.

Al referirse a la legislación sobre protección y riesgo ocupacional, lo que se caracterizó como a tercera categoría construida en el análisis, las representaciones están centradas en el poder conferido a las normas oficiales. Las anteriores quedaron olvidadas, en el momento del discurso referente a las normas de precaución que son representadas como obligaciones a ser seguidas. Sin embargo, no son necesariamente incorporadas como un valor, sobre todo por el otro que no es aquel que está narrando su práctica. Se valoriza la existencia de las normas, pero hay un espacio de reversibilidad en la acción que permite al sujeto no cumplirlas, haciendo un poco de trampa en su cotidiano.

En ese sentido, se destaca que los profesionales reconocen la legislación vigente como fundamental para ordenar el trabajo cotidiano, fortaleciendo la necesidad y la importancia del uso de los EPI en los servicios de salud. Afirman que, con el uso de esos equipamientos, el riesgo de infección por el HIV, considerado pequeño, se torna aún menor:

*Entonces, existe un riesgo, pero desde que adoptadas las medidas de seguridad, ese riesgo es minimizado. Por ejemplo: Los guantes solos no te protegen de accidente con punzocortantes, pero minimiza. Si hay riesgo de caer fluidos en los ojos, usted usa anteojos, es una boa protección, ¿verdad? (Enf 1).*

*Usted tiene que estar prevenido, usando guantes, usando el EPI, imaterial de EPI mismo! Entonces así, si nosotros resguardamos ... nosotros tenemos que hacer nuestra parte, así, usando el material de protección. (Enf 6).*

*Nosotros tenemos que tener en nuestras manos todos los equipamientos de protección durante los procedimientos, cuando necesario, para poder evitar la contaminación, y no tener problema (Med 3).*

En una primera secuencia sobre el asunto, todos los entrevistados afirman que adoptan medidas de protección y niegan que ellos propios realicen cualquier procedimiento invasor, en los cuales haya contacto con fluidos corpóreos, sin el uso de los instrumentos para protección. En secuencias posteriores, todo eso es relativizado, ya que algunos afirman que no todos lo hacen, mismo sabiendo que es necesario. ENF 7 y ENF 1, por ejemplo, hablan de profesionales cuyas posturas aumentan las probabilidades de exposición, debido al no-uso o al uso inadecuado de EPI en las unidades de salud, pero no se incluyen entre ellos. Las representaciones de cada uno sobre sí mismo son siempre de que isigue las normas con rigor!

*...Entonces, yo ya vi dentistas atendiendo sin guates; lo que es una cosa así bien real: no sirve de nada decirle al profesional de la salud que se está previniendo, porque no está, ¡no! ... Por ejemplo, yo ya vi auxiliares perforando la vena sin guantes. Pero siempre que estoy cerca yo lo refuerzo, oriento, yo lo hago, porque yo no consigo hacer nada sin guantes ¿verdad? (Enf 7).*

*Lo que sucede, a veces, es la falta de cuidado de los profesionales en el propio manoseo de punzocortantes, porque no usan los equipamientos de protección: anteojos, guantes... (Enf 1).*

La práctica de los entrevistados no fue objeto de observación directa en esta investigación. Se buscó, aquí, escuchar las representaciones y prácticas que ellos se dispusieron a relatar. Es la perspectiva de cada uno sobre su práctica y como se ve en ella, sin que eso sea exactamente lo que sucede en lo cotidiano. Métodos de investigación observacionales y estadísticos ya fueron usados en otras investigaciones<sup>(12,17)</sup> sobre las formas de cómo los profesionales se protegen, con resultados que apuntan una importante distancia entre lo que dicen que debe ser hecho y lo que hacen en el trabajo diario. Por la rutina, que lleva a la distracción y al relajamiento, por la representación de que el riesgo es pequeño, muchas veces, los trabajadores del área de la salud 'se olvidan' de que saben y no se protegen adecuadamente.

Además de eso, vale la pena interrogarse, en las representaciones sobre el riesgo de infectarse por el HIV, no está incluida otra, más poderosa, que se refiere a la necesidad que tiene cualquier persona no subordinarse totalmente a las normas y correr algún riesgo para probar que es más fuerte que todo. La sociología del riesgo apunta que todo ser humano

juega con el miedo, el coraje, la vida y la muerte, en menor o mayor grado, enfrentando situaciones que, para algunos, serían inaceptables y, para ellos, significan una forma de sentirse vivos y capaces de probar, sobre todo a sí mismos, que pueden vencer hasta a la muerte. El juego sería de no morir, pero de vivir más intensamente<sup>(18)</sup>.

Obviamente, el trabajo de médicos y enfermeros, o de cualquier otro profesional, en los servicios de atención primaria a la salud, no puede ser encuadrado en esos límites máximos, pero se debe considerar que, un poco de transgresión, probablemente, también hace parte de sus vidas, encontrándose en el polo menos radical de las opciones analizadas por la vertiente de investigación sociológica. El 'riesgo cero', objetivamente, no existe, así como parece no haber nadie que tenga 'cero' deseo de trasgredir normas, mismo que de manera más o menos inconsciente.

### Consideraciones finales

Las representaciones concernientes al riesgo de infección a que el profesional se expone en su trabajo cotidiano, en la atención primaria, revelan el reconocimiento, por los entrevistados en la presente investigación, de una situación caracterizada como de "bajo riesgo", sobre todo si comparada con otros niveles de asistencia. Sin embargo, se puede entender como un discurso débil, que muestra poca crítica porque el otro lado sería el "alto riesgo" que estaría en los servicios de atención secundaria y terciaria, que concentran "procedimientos invasores". Como forma de garantizar que el riesgo de infección se mantenga mínimo, los entrevistados apuntan el uso de los equipamientos de protección individual. Cada uno afirma que hace uso de los EPI pero que otros no lo hacen. De hecho, muchos profesionales estaban diciendo: "¿Cómo puedo confesar aquí, hablando de protección, que hago algo que sé que no está correcto o que, por lo menos, no está de acuerdo con las normas?" Sin embargo, el "otro" que lo hace puede ser cualquiera, inclusive el narrador. Así, las representaciones - sobre las representaciones que los

otros tiene de sí propio - pueden elevar su autoestima, sin embargo, también pueden llevarlo a la negligencia y a la falta de fuerza para aceptar cambios.

De hecho, las tres categorías de representaciones en torno del riesgo ocupacional de infección en la atención primaria están entrelazadas entre lo que se establece como de la estructura de los servicios, las normas legales de protección y el conocimiento/desconocimiento sobre la serología para HIV del cliente atendido. La invisibilidad del virus y de síntomas, en el caso de infección, es un hecho comprobado, pero la preocupación todavía continua siendo con aquellos sabidamente positivos. A pesar de la distinción objetiva, clínica y de laboratorio, entre infección por el HIV y la enfermedad del Sida, lo que es insistentemente reforzado por los órganos públicos, los entrevistados todavía tiene representaciones sobre la apariencia de las personas acometidas que se presentan en la negligencia de las precauciones estandarizadas y en posturas de proyección en relación a los demás trabajadores de los servicios.

Se puede afirmar que los resultados encontrados apuntan para representaciones no solamente del orden del conocimiento científico, pero psicossocialmente construido e integrado por los trabajadores de la atención primaria de los servicios de salud, escenarios de la investigación. Eso hace con que se pueda identificar la fragilidad de la idea común de que la vida profesional de los trabajadores de la salud está anclada solamente en la ciencia, como a muchos les gustaría creer. Estos resultados no pueden ser generalizados, pero añaden conocimientos sobre las formas de lidiar con la infección por el HIV/Sida, y específicamente, sobre aquellas a que están expuestos los profesionales de la salud en su trabajo cotidiano.

Los hallazgos muestran la importancia de una capacitación frecuente en el servicio y de la creación, por ejemplo, de reuniones de conversación entre los profesionales, para que haya intercambio y se hagan explícitas las dudas que propicien rupturas de estereotipos traducidos en prejuicios y hasta mismo en actitudes incorrectas que perjudican el proceso de trabajo en la atención primaria.

### Referencias

1. Ribeiro EJG, Shimizu HE. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2007 setembro/outubro; 60(5):534-40.
2. Grmek M. Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale. Paris: Editions Payot & Rivages; 1994.
3. Almeida CAF, Benatti MCC. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(1):120-6.
4. Reis RK, Gir E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005; 13(1):32-7.
5. Giami A, Veil C. Enfermeiras frente a aids: representações e condutas, permanências e mudanças. Canoas: Ulbra; 1997.
6. Moura EL, Praça NS. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006; 14(3):405-13.

7. Moscovici S. Representações Sociais: Investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Démazière D, Dubar C. Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion. Paris: Nathan; 1997.
9. Marques SC, Oliveira DC, Gomes AMT. AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. Psicol Teoria e Prática. 2004; (ed especial):91-104.
10. Vieira KFL, Amaral ACG, Saldanha AAW. A vulnerabilidade à AIDS a partir das representações sociais de adolescentes. Anais da Jornada Internacional e Conferência Brasileira sobre Representações Sociais; 2007 11-20; Brasília; Brasil; 2007.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Manual operacional para comitês de ética em pesquisa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
12. Chiodi MB, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(4):632-8.
13. Reis RK, Gir E. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(3):662-9.
14. Paillard B. Le sida et La mort repoussante. Commun Peurs. 1993; 57:87-99.
15. Discacciati JAC, Neves AD, Pordeus IA. Aids e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. Rev Odontol Univ São Paulo. 1999; 13(1):75-82.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002 - Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
17. Brasileiro M, Freitas MIF. Representações sociais sobre aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006; 14(5):789-95.
18. Le Breton D. Conduites à risque. Paris: PUF; 2004.

Recibido: 19.6.2009

Aceptado: 27.4.2010

### *Como citar este artículo:*

Souza MCMR, Freitas MIF. Representaciones de profesionales de la atención primaria sobre riesgo ocupacional de infección por el virus HIV. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2010 [acceso en: \_\_\_\_\_];18(4):[08 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

URL

día                      año  
mes abreviado con punto