

## **Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde**

Denize Cristina de Oliveira<sup>1</sup>

Objetivos: analisar o processo de constituição e evolução das representações e das práticas sociais relativas à aids, a partir de estudos desenvolvidos nos últimos onze anos, entre profissionais de saúde. Método: uma comparação de estruturas representacionais da aids em diferentes décadas, acompanhada de um estudo de zona muda foram realizados, envolvendo profissionais de saúde. A coleta e análise de dados englobaram as técnicas de evocações livres, análise estrutural e de estudo da zona muda. Resultados: observou-se a existência de um processo de mudança nas representações sociais da aids, com a introdução da possibilidade de convivência com a doença e a diminuição da importância da morte. Conclusões: esse processo apresenta-se como fruto de um complexo processo de construções simbólicas, oriundas das interações humanas, contribuindo para o conhecimento dos modos de pensar associados à síndrome e para as práticas profissionais em saúde.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Percepção Social; Assistência à Saúde; Mudança Social.

<sup>1</sup> PhD, Professor Titular, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

---

Endereço para correspondência:

Denize Cristina de Oliveira  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem  
Bd. 28 de Setembro, 157, 8º andar  
Vila Isabel  
CEP: 20551-030, Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
E-mail: dcouerj@gmail.com

## Construction and transformation of social representations of Aids and implications for health care

Objectives: to analyze the process of the constitution and evolution of social representations and practices referent to Aids, based on studies carried out in the last eleven years among health professionals. Method: a comparison of representational structures of Aids in different decades was undertaken, accompanied by a study of the silent zone, involving health professionals. Data collection and analysis included techniques of free association, structural analysis, and study of the silent zone. Results: the existence of a process of change was observed in the social representations of Aids, with the introduction of the possibility of co-existence with the disease and the reduction of the importance of death. Conclusions: this process is presented as the result of a complex movement of symbolic constructions arising from human interactions, contributing to knowledge of ways of thinking associated with the syndrome and to professional practices in healthcare.

Descriptors: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Social Perception; Delivery of Health Care; Social Change.

## Construcción y transformación de las representaciones sociales del sida e implicaciones para los cuidados en salud

Objetivos: Discutir la constitución y evolución de las representaciones y de las prácticas sociales relativas al sida, a partir de los estudios desarrollados en los últimos once años, entre profesionales de la salud. Métodos: Fue realizada una comparación de las estructuras representacionales del sida en diferentes décadas, acompañada de un estudio de zona muda, envolviendo profesionales de la salud. La recolecta y el análisis de los datos abarcó las técnicas de evocación libre, análisis estructural y estudio de zona muda. Resultados: Se observó la existencia de un proceso de cambio en las representaciones sociales del sida, con la introducción de la posibilidad de convivencia con la enfermedad y la disminución de la importancia de la muerte. Conclusiones: Este proceso se muestra como resultado de un proceso complejo de construcciones simbólicas que surgen de las interacciones humanas, lo que contribuye al conocimiento de las formas de pensamiento asociadas con el síndrome y las prácticas de los profesionales de la salud.

Descriptores: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Percepción Social; Prestación de Atención de Salud; Cambio Social.

## Introdução

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids\*) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) apresentaram-se, no início da década de 80 nos Estados Unidos e em 82 no Brasil, como fenômeno misterioso e aterrorizador, dadas as suas características de rápida letalidade e desfiguração corporal extrema. Esse fato tornou-se ainda mais impactante em função de sua ocorrência no momento em que se considerava ganha a guerra contra as doenças infectoparasitárias, morbidades que, no imaginário social, estariam destinadas aos países ou regiões empobrecidas ou aos livros de história que abarcassem as distintas epidemias do mundo ocidental.

Desde a sua identificação em 1981, nos Estados

Unidos da América<sup>(1)</sup>, foram relatados casos semelhantes da nova doença, sem um conceito clínico específico e com várias denominações carregadas de aspectos morais, como *pneumonia gay*, *câncer gay*, *síndrome gay* ou, mesmo, *Gay Related Immune Deficiency* (GRID)<sup>(2)</sup>.

A magreza da cólera, a periculosidade da peste, a propagação do câncer e a sua relação com a transmissão sexual, assemelhando-se à sífilis estimulou, por um lado, a ancoragem em classificações consideradas científicas nas patologias conhecidas e, por outro, permitiu a ativação de simbolismos disponíveis na memória coletiva do senso comum.

Desde os seus primórdios, a síndrome apresentou-

\*O termo "aids" será utilizado, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, enquanto nome adotado para se referir à patologia e não como sigla, grafado, portanto em letra minúscula. Enquanto as referências ao vírus serão feitas pela sigla HIV (vírus da imunodeficiência humana), grafado em letra maiúscula.

se como objeto representacional sensível, ou seja, fortemente marcado por normas sociais e valores morais, fazendo surgir diversas metáforas associadas à nova doença como morte, horror, crime, punição, guerra, vergonha e poluição<sup>(3-4)</sup>.

A aids configurou-se como a primeira entidade mórbida na qual a construção biomédica, simbólica e social aconteceram de forma conjunta, colocando em evidência a problemática das relações estabelecidas entre o processo de simbolização e a adoção de práticas e comportamentos cotidianos. Mais especificamente, no âmbito da teoria das representações sociais, entre a construção e o processo histórico-social de transformação de representações em um determinado período de tempo e grupo social, e as práticas sociais adotadas na cotidianidade desse mesmo grupo, em face dos objetos representados<sup>(5-6)</sup>.

De forma dinâmica, ao longo das duas últimas décadas, a epidemia no mundo e, mais especificamente no Brasil, tem apresentado transformações epidemiológicas e sociais que lhe conferiram características distintas daquelas do início. De uma doença metropolitana passou a ser interiorana; de origem nas classes médias e altas, migrou para as populares; dos meios artísticos e culturais localizou-se no cotidiano das pessoas comuns e, de restrita a grupos excluídos – como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas –, difundiu-se para pessoas socialmente consideradas não vulneráveis à síndrome, como heterossexuais, mulheres monogâmicas, idosos e crianças.

Em paralelo, o surgimento e a dinâmica de evolução da aids repercutiram sobre as instituições e os profissionais de saúde, fazendo-se presente no cotidiano dos serviços de saúde no Brasil, com importantes implicações para as políticas públicas e para a constituição de práticas profissionais de cuidado.

Neste estudo, será desenvolvida a hipótese de existência de uma precedência de práticas, determinando a formação de representações, no contexto da aids no Brasil, as quais foram se moldando às transformações históricas, ao desenvolvimento do conhecimento científico e aos fatos novos, objetivados em novos modos de fazer e de cuidar dos doentes e dos expostos.

A importância deste estudo situa-se na constatação empírica de transformação das representações sociais da aids e na análise inferencial das consequências dessa transformação para a mudança das práticas de cuidado em saúde.

Considerando o cenário exposto, apresentou-se como objetivo deste texto analisar o processo de constituição, evolução e transformação das representações e das

práticas relativas ao HIV/aids entre profissionais de saúde no Rio de Janeiro.

## Método

Este estudo é resultante de uma linha de investigação no campo do HIV/aids, desenvolvida por um grupo de pesquisa, coordenado pela autora, desde 1999. Os dados analisados foram produzidos em duas dissertações de mestrado e um projeto multicêntrico, realizados nesse contexto.

Adotou-se a orientação da Teoria de Representações Sociais<sup>(7-8)</sup>, a partir da abordagem estrutural ou Teoria do Núcleo Central. Essa abordagem complementar considera que a representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos que dão significado à representação, fornecendo o sentido fundamental e inflexível à mesma<sup>(5)</sup>. Uma função atribuída ao núcleo central é a de assegurar a permanência da representação, permitindo, nesse nível, identificar as mudanças representacionais. A premissa da abordagem estrutural assenta-se sobre a assertiva de que o núcleo central será o elemento que mais vai resistir à mudança, portanto, toda modificação do núcleo central conduzirá a uma transformação completa da representação. Afirma-se, assim, que é o levantamento desse núcleo que permitirá o estudo comparativo das representações. Para que duas representações sejam diferentes, elas devem ser organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes<sup>(5)</sup>.

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de dados secundários de três estudos<sup>(9-11)</sup> desenvolvidos no contexto do grupo de pesquisa anteriormente citado, a partir dos quais se realizou a comparação das estruturas representacionais da aids identificadas. Esses estudos foram produzidos nas décadas de 90, 2000 e 2010. A escolha dos três estudos foi pautada pelos seguintes critérios: utilização de populações semelhantes – profissionais de saúde, uso de orientações teórica e metodológica iguais – abordagem estrutural das representações sociais e desenvolvimento das coletas de dados nas décadas abarcadas por esse texto.

Os estudos analisados envolveram 866 profissionais, respectivamente 366 profissionais da equipe de saúde no estudo 1, 150 enfermeiros no estudo 2 e 350 profissionais da equipe de saúde no estudo 3; distribuídos em 22 campos de pesquisa localizados no Rio de Janeiro, sendo um hospital universitário no estudo 1, um hospital universitário no estudo 2 e vinte unidades básicas e ambulatórios no estudo 3.

Os procedimentos metodológicos de coleta e de análise de dados (dos estudos referidos) foram orientados pelos pressupostos da análise estrutural das representações sociais e utilizada a técnica de evocações livres ao termo indutor "HIV/aids". A coleta de dados buscou apreender a percepção da realidade a partir de uma composição semântica preexistente, composição essa não só concreta, mas também imagética, organizada ao redor de alguns elementos simbólicos simples. A aplicação prática da técnica consiste em pedir aos sujeitos que associem, livre e rapidamente, a partir da audição ou visualização de palavras indutoras (estímulos), outras palavras ou expressões<sup>(12)</sup>.

As análises foram realizadas utilizando o *software* EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Évocations*), versão 2003, que possibilita efetuar a organização das palavras produzidas em função da hierarquia expressa pela frequência e pela ordem natural de evocação. A técnica de análise consiste na construção de um quadro de quatro casas, no qual são distribuídas as palavras evocadas, considerando os critérios de maiores frequências e ordem média de evocação (OME)<sup>(13)</sup>.

Nos quatro quadros de quatro casas o quadrante superior esquerdo, denominado núcleo central, comporta as palavras que apresentaram maior frequência e foram mais prontamente evocadas, constituindo-se na parte mais estável e permanente de uma representação, conferindo-lhe sentido. O quadrante inferior esquerdo, denominado zona de contraste, abarca as palavras que apresentaram menores frequências e foram também prontamente evocadas, podendo demonstrar variações da centralidade da representação para grupos específicos. Os dois quadrantes à direita (superior e inferior) comportam palavras que apresentaram menor prontidão de evocação e maiores ou menores frequências, sendo denominadas de primeira e segunda periferia. 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>(12-14)</sup>.

Trabalhos experimentais desenvolvidos no campo da Psicologia Social<sup>(15-16)</sup> apontam para a existência de uma região não explicitada – denominada zona muda – nas pesquisas envolvendo objetos sensíveis, como o é a aids. Os estudos relacionam esses objetos sensíveis às pressões normativas presentes nos grupos sociais, gerando um discurso politicamente correto. A sua utilização neste

estudo objetivou demonstrar que as relações entre práticas e representações não são diretas, passando por modulações variadas, dentre elas a existência de uma zona muda.

As técnicas descritas foram ampliadas em um dos estudos<sup>(10)</sup> com a análise da zona muda das representações, a partir da Técnica de Substituição, que consiste em uma estratégia metodológica para reduzir as pressões normativas sobre a produção discursiva dos sujeitos, de modo a possibilitar a expressão de elementos contranormativos. A aplicação implica demandar, após a coleta convencional de evocações (situação normal), que os entrevistados respondam em nome de outro grupo, nesse caso, as pessoas em geral (situação de substituição). Objetiva, dessa forma, reduzir a sua implicação com o discurso produzido, não comprometendo, assim, sua autoapresentação no processo de gestão de impressões e a sua aceitação nos grupos sociais de origem<sup>(15-16)</sup>. Os dados foram analisados através da técnica do Quadro de Quatro Casas, construídos para a situação normal e para a de substituição, com o auxílio do *software* EVOC 2003.

Todos os estudos analisados foram aprovados pelos Comitês de Ética envolvidos, assegurando o cumprimento da Lei de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

## Resultados

Serão apresentados os quadros de quatro casas obtidos nos três estudos, dos quais serão destacados os resultados observados nos núcleos centrais das respectivas representações da aids, uma vez que, considerando os pressupostos comparativos, é nesse nível que se podem identificar as mudanças representacionais.

Observa-se, nos resultados apresentados na Figura 1<sup>(9)</sup>, a configuração prototípica da constituição da representação social da aids, característica dos anos 80 e início dos de 90. Ela reflete a resultante simbólica da construção da representação da aids, caracterizada pela associação "aids/morte", "aids/práticas sexuais desviantes", "aids/sangue", "aids/doença do outro" e "aids/contágio". Essas configurações simbólicas são expressas nos léxicos: *morte*, *medo* e *prevenção* (presentes no núcleo central) e reafirmadas em *camisinha*, *sexo*, *doença*, *doença incurável* (zona de contraste); *discriminação*, *drogas*, *promiscuidade*, *perigo*, *sangue*, *contaminação* e *vergonha* (elementos periféricos).

Ordem média de evocações*						
<2,9				≥2,9		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	Ordem média de evocações	Termo evocado	Freq.	Ordem média de evocações
	Elementos centrais			1a periferia		
≥48	morte	174	2,609	tristeza	59	3,051
	sofrimento	116	2,888			
	medo	82	2,793			
	prevenção	53	2,83			
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	Ordem média de evocações	Termo evocado	Freq.	Ordem média de evocações
	Elementos de contraste			2a periferia		
<48	camisinha	47	2,426	discriminação	41	3,244
	dor	45	2,412	drogas	32	3,156
	sexo	44	2,432	promiscuidade	32	3,031
	doença	36	2,417	perigo	30	3
	doença incurável	35	2,771	amor	26	3,231
	depressão	24	2,875	solidariedade	24	3,286
				cuidado	23	2,957
				solidão	22	3,409
				sangue	21	3,625
				contaminação	20	3,3
				vergonha	19	3,474

Figura 1 – Estrutura da representação social da aids característica dos anos 80 e início de 90, entre profissionais de saúde de um hospital universitário<sup>(9)</sup>. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2001 (n=366)

Os dados reforçam a proposição segundo a qual, com a ausência de referências médicas, houve favorecimento a uma qualificação social da doença e, antes que as pesquisas

biológicas trouxessem esclarecimentos sobre a natureza da aids, as pessoas elaboraram teorias apoiadas nos dados que dispunham sobre os atingidos e os vetores<sup>(7)</sup>.

Ordem média de evocações						
<2,9				≥2,9		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	Ordem média de evocações	Termo evocado	Freq.	Ordem média de evocações
	Elementos centrais			1a periferia		
≥18	educação saúde	25	2,24	preconceito	38	3,053
	precaução profissional	20	2,7	sofrimento	31	3
	tratamento	18	2,444	medo	26	3,962
				discriminação	24	3,042
				efeitos da aids	24	3,542
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
	Elementos de contraste			2a periferia		
<18	família	17	2,706	morte	14	3,5
	esperança	16	2,688	tristeza	13	2,923
	ajuda	15	2,733	doença	13	3,846
	medicações	14	2,571	carinho	11	3
	solidariedade	13	2,769			
	controle doença	12	2,833			
	prevenção	11	2,182			

Figura 2 – Estrutura da representação social da aids característica dos anos 90 e início de 2000, entre enfermeiros de um hospital universitário - situação normal de coleta<sup>(10)</sup>. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2001 (n=150)

Observa-se, nos resultados do estudo apresentado na Figura 2<sup>(10)</sup>, a configuração prototípica da representação

social da aids nos anos 90 e início de 2000, em situação normal de coleta de dados. Ela reflete o primeiro movimento

de mudança da representação da aids refletido na zona do núcleo central, caracterizado pelo desenvolvimento de medidas de enfrentamento da doença (*educação em saúde e tratamento*), mas também pela identificação da necessidade de prevenção do contágio profissional (*precaução profissional*). Essas construções simbólicas são reafirmadas na zona de contraste pelos elementos *medicações, controle da doença e prevenção*. Na primeira periferia nos léxicos *preconceito, medo, discriminação e efeitos da aids*, e na segunda periferia nos componentes *morte e doença*, revelando a manutenção de significados construídos na década anterior.

A implantação de políticas públicas e a reorientação dos serviços de saúde para o atendimento das pessoas acometidas pelo agravo determinaram novas práticas profissionais, caracterizadas pelo uso seletivo de técnicas de autoproteção profissional e pela maior aproximação do relacionamento interpessoal na realização das práticas de cuidado, observadas nos léxicos *educação em saúde,*

*precaução profissional e tratamento*, presentes no núcleo central. Considerando os pressupostos da abordagem estrutural, observou-se um núcleo central com aspecto mais funcional afeito ao enfrentamento da doença e não mais à sua submissão, conferindo significado e organização às demais cognições da representação estudada.

Essa representação se caracteriza como resultante da mudança do perfil epidemiológico da doença, com o aparecimento da síndrome entre mulheres e crianças, determinando uma primeira mudança de significados associados à aids. Esse processo de mudança implicou na transposição das significações de "doença do outro" para "doença do meu grupo" e identificação de gênero entre enfermeiras e mulheres. A década de 90 foi, ainda, caracterizada pelo acesso universal aos medicamentos antirretrovirais (ARV), determinando o aumento da sobrevivência dos doentes e gerando, no plano simbólico, a transformação das representações com o deslocamento do significado "aids/morte" para o sistema periférico.

Ordem média de evocações						
<2,9				≥2,9		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	Ordem média de evocações	Termo evocado	Freq.	Ordem média de evocações
	Elementos centrais			1a periferia		
≥28	medo	83	2,048	piedade	46	3,435
	preconceito homossexualidade	61	2,148	morte	41	3,195
		30	2,4	discriminação	28	3,679
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	Ordem média de evocações	Termo evocado	Freq.	Ordem média de evocações
	Elementos de contraste			2a periferia		
<28	contaminação	25	2,48	promiscuidade	27	3,148
	doença	18	2,833	afastamento	24	3,417
	prática sexual	17	2,824	desinformação	21	2,905
	contágio	11	1,909	isolamento	17	3,294
				uso drogas	15	3,6
				rejeição	14	3,286
				sofrimento	13	4,231

Figura 3 – Estrutura da representação social da aids característica dos anos 90 e início de 2000, entre enfermeiros de um hospital universitário - situação de substituição<sup>(10)</sup>. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2001 (n=150)

Observa-se, nos resultados do estudo apresentado na Figura 3<sup>(10)</sup>, a configuração da representação social da aids na situação de substituição, como demonstração dos elementos que caracterizam a existência de uma zona muda. O núcleo central do quadro de quatro casas, construído para a situação contranormativa ou de substituição, foi composto por elementos mais relacionados ao julgamento moral, apontando para cognições negativas e afetivamente destacadas na representação da aids.

Ao comparar os léxicos presentes nos dois núcleos centrais, na situação normal e na situação de substituição, observa-se que a primeira representação é estruturada por

elementos positivos associados às ações de enfrentamento do HIV e da aids, expressos em *tratamento, precaução profissional e educação em saúde*. Enquanto na segunda, os elementos estruturantes são negativos, associados à ameaça de destruição, ao isolamento social e às causas ou "culpados" pela transmissão do HIV, expressos por *medo, preconceito e homossexualidade*. A posição do elemento *morte* também apresenta variação nessa comparação, deslocando-se da segunda para a primeira periferia, assumindo papel mais destacado na situação de substituição.

Ao longo da década de 2000, a partir das mudanças representacionais observadas entre as décadas de 80 e

90, nota-se a constituição de uma zona não explicitada na representação social da aids, com o fortalecimento de um

discurso politicamente correto e a manutenção de velamentos discursivos, conforme demonstrado nas Figuras 2 e 3.

Ordem média de evocações						
<2,9				≥2,9		
Freq. Med.	Termo evocado Elementos centrais	Freq.	Ordem média de evocações	Termo evocado 1a periferia	Freq.	Ordem média de evocações
≥44	preconceito	144	2,403	adesão tratamento	44	2,932
	tratamento	89	2,82			
	prevenção	74	2,514			
	medo	55	2,764			
	cuidado	53	2,203			
	doença	44	2,159			
Freq. Med.	Termo evocado Elementos de contraste	Freq.	Ordem média de evocações	Termo evocado 2a periferia	Freq.	Ordem média de evocações
<44	sofrimento	36	2,056	morte	41	2,902
	tristeza	31	2,871	ajuda	33	2,97
				medicamento	32	3,094
				renascimento	26	3,808
				camisinha	23	3,435
				conhecimento	21	3,524
				aconselhamento	19	3
				esperança	18	3,5
				luta	18	3,111

Figura 4 – Estrutura da representação social da aids característica da segunda metade da década de 2000 e início de 2010, entre profissionais de saúde de vinte instituições de saúde<sup>(11)</sup>. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2001 (n=350)

Observa-se na Figura 3<sup>(11)</sup> a configuração prototípica da representação social da aids da segunda metade dos anos 2000 e início de 2010. Essa representação é caracterizada pela construção da "aids como doença crônica", passando a abarcar, no núcleo central, significados positivos e elementos normativos de enfrentamento da doença (*tratamento, prevenção e cuidado*). Esses conteúdos simbólicos são reafirmados no sistema periférico pelos léxicos: *adesão tratamento, ajuda, medicamento, camisinha, conhecimento e aconselhamento*. Destaca-se, ainda, o deslocamento consolidado da simbolização "aids/morte" para a segunda periferia da representação, com a incorporação gradativa de elementos referidos à sobrevivência, como *renascimento, esperança e luta*.

O período foi marcado pela centralidade dos medicamentos antirretrovirais no enfrentamento da doença, assegurando a sobrevivência dos sujeitos acometidos, presente no léxico *tratamento* e reafirmado em *adesão ao tratamento e medicamento*. Mas, também, pelo aparecimento dos efeitos indesejáveis associados ao uso prolongado dos medicamentos, determinando o aparecimento de elementos negativos na zona de contraste da representação (*sofrimento e tristeza*).

Esse momento histórico de construção simbólica da

aids ainda se manifesta pela permanência dos léxicos *preconceito* e *medo* como significados incorporados ao núcleo central desde os primórdios da constituição psicossocial da doença, aparecendo como traço distintivo e uma das permanências da representação original.

## Discussão

A análise apresentada demonstra a presença de um processo de mudança representacional em duplo sentido. Primeiramente observa-se um processo circular de mudança, referindo-se à mobilização dos elementos simbólicos do núcleo central no sentido da periferia da representação, com a exclusão gradativa de elementos não mais partilhados pelo grupo social. O segundo, no sentido dos elementos de contraste para o núcleo central, incorporando a variabilidade interindividual da representação ao pensamento socialmente partilhado.

Essa mudança representacional no grupo de profissionais de saúde é caracterizada pela transição de significados negativos para positivos associados à aids, com a introdução da possibilidade de convivência com a doença e de diminuição da importância da morte, associada à existência de um sistema normativo específico. Por outro lado, evidenciou-se a possível existência de permanências

cognitivas, as quais se expressaram nos elementos integrantes da zona muda das representações estudadas. Essa análise demonstrou a vinculação da aids a práticas homossexuais, ao uso de drogas e à morte, bem como a atitudes de preconceito e ao sentimento de medo, com impactos sobre as práticas profissionais de saúde.

O perfil representacional caracterizado pela morte e pelo medo se associou, nas décadas de 80 e 90, a práticas profissionais de cuidado, caracterizadas pela imposição de distanciamento físico e pelo uso de técnicas de autoproteção profissional exacerbadas. Mas, também, pelo distanciamento psicossocial, observado nas relações interpessoais com os pacientes durante o desenvolvimento das práticas de cuidado. As relações estabelecidas entre práticas e representações caracterizaram-se, nesse momento de desenvolvimento da síndrome, por um processo de precedência de práticas profissionais determinando as formas de pensar a aids. As representações foram se constituindo e moldando as características concretas da doença e às práticas de autoproteção impostas pela insuficiência de conhecimentos científicos, pela alta mortalidade observada e pelo medo da contaminação.

Pode-se destacar a ancoragem dessas práticas profissionais localizada nas memórias sociais das grandes epidemias das doenças infectocontagiosas, enfrentadas pela sociedade ocidental, em diferentes momentos da história. A peste negra, a gripe espanhola, a sífilis e a cólera, por exemplo, parecem ter sustentado essas práticas, dotando-as de prudência, diante de uma entidade mórbida desconhecida. Simultaneamente, deve-se ressaltar a presença do *modus operandi* norte-americano na abordagem inicial da síndrome, caracterizado pelo isolamento completo e pela quarentena, tanto como um fator cultural/simbólico, associado à tecnologia, quanto pelo fato de os primeiros casos seriados terem sido descritos nos Estados Unidos da América.

Considerando a continuidade da construção simbólica da aids nos anos 90 e início de 2000, observou-se, no plano das relações entre práticas e representações, a manutenção da precedência de práticas profissionais, determinando as representações da aids, agora mais estruturadas. Esse tipo de relação condicionou um processo de transformação progressiva da representação<sup>(5)</sup>, a qual foi se moldando gradativamente às novas descobertas científicas e aos novos modos de cuidar em saúde. Essa mudança gradativa teve como substrato as permanências, observadas na zona muda, ainda fortemente marcadas pela morte e pela exclusão das pessoas acometidas pelo vírus.

Um elemento importante no processo de

mudança representacional e das relações entre práticas e representações foi a incorporação da terapia antirretroviral em associação à prevenção (presente na representação desde o início da epidemia), como tecnologias de enfrentamento da aids. Percebe-se que esse processo estabelece relações com o conhecimento das tecnologias disponíveis para o tratamento e para o cuidado profissional, assegurando a vida e reforçando o sentimento de proteção nos profissionais<sup>(17)</sup>.

Em estudo realizado com enfermeiros que cuidavam de pessoas acometidas pelo HIV/aids<sup>(18)</sup>, verificou-se relação entre os cuidados prestados e a representação dos pacientes como vítimas ou culpados pela contaminação. No primeiro grupo de sujeitos representados como vítimas, o cuidado prestado foi descrito como igual aos demais, enquanto no segundo grupo, aqueles culpabilizados pela contaminação de outros, eram discretamente isolados, mantidos à distância dos profissionais. Esse processo cognitivo de classificação e julgamento é típico de um processo de gestão de impressões e desiderabilidade social, que pode ser definido como um dicionário acessível, no qual os grupos podem se apoiar quando se torna socialmente necessário o que se aplica, particularmente, às situações de expressão do preconceito na sociedade<sup>(19)</sup>.

Na segunda metade dos anos 2000 e início de 2010 observa-se mudança no processo de determinação das relações entre pensamento e ação. As representações passam a determinar as práticas sociais e profissionais, já que os modos de cuidar em saúde foram se moldando aos novos conteúdos psicossociais da aids e da pessoa com aids, agora mais estruturadas.

No que tange às práticas de saúde, as representações assumiram dimensão importante, pois possibilitaram a apreensão dos processos e mecanismos pelos quais o sentido do objeto de trabalho é construído pelos profissionais nas suas relações cotidianas. Isso porque, ao se desejar transformar as práticas de saúde, é necessário pensá-las em sua expressão objetiva e subjetiva, uma vez que as estratégias de intervenção em saúde são efetivadas por pessoas, que agem segundo suas representações do real e suas representações do possível<sup>(20)</sup>.

Configura-se, na atualidade, forte influência do processo implicado no tratamento farmacológico e das diretrizes do Programa Nacional de HIV/aids do Brasil, nas representações e nas práticas profissionais. Em função disso, a positividade explícita pela alusão à vida e à esperança encontra-se em paralelo com a negatividade, especialmente expressa pelo medo e pelo preconceito. Pode-se observar um processo de naturalização da síndrome, no conjunto das doenças crônicas, como resultado de sua ancoragem recente em

patologias como *diabetes mellitus* e hipertensão arterial, em substituição àquelas iniciais no câncer e na peste<sup>(21-22)</sup>. Esse processo se associa, por um lado, às características tecnológicas imputadas pelo tratamento medicamentoso e à dependência constante dos serviços e profissionais de saúde, e, por outro, ao trabalho da mídia ao dar visibilidade à sobrevivência dos sujeitos no presente momento.

Finalmente, não se pode esquecer que a continuidade dos elementos de uma zona muda na representação da aids, na atualidade, pode ser considerada como um elemento que influencia as práticas de cuidado de saúde. No cotidiano profissional duas cognições centrais atuam tensionando as práticas, especialmente na sua faceta relacional: de um lado, as classificações de vítimas e culpados, certo e errado, e, de outro, as noções de doença crônica e de igualdade de cuidados. Essas cognições são contraditórias e, enquanto tal, imprimem uma característica própria às práticas de cuidado, qual seja a de serem ambivalentes e determinadas, em grande medida, por valores pessoais e pela necessidade percebida de autoproteção profissional<sup>(17)</sup>.

## Conclusões

O estudo demonstra a existência de um processo de mudança sendo operado nas representações sociais da aids, com a introdução da possibilidade de convivência com a doença e a diminuição da importância da morte. Esse processo de mudança foi demonstrado empiricamente neste texto através da análise de estruturas representacionais, colocando-se como contribuição ao estado da arte do conhecimento sobre o tema dos modos de pensar associados ao HIV e à aids, bem como das relações estabelecidas entre representações e práticas profissionais.

Evidenciou-se a existência de significativas permanências simbólicas, objetivando a aids na homossexualidade, no preconceito, no uso de drogas, no medo e na morte, os quais consistiram os elementos da zona muda das representações sociais estudadas.

Constatou-se, ainda, a vital importância das representações sociais para a abordagem profissional do HIV/aids, uma vez que essa possibilita a apreensão dos processos e mecanismos pelos quais o significado social do objeto é construído pelos sujeitos nas suas relações cotidianas, formando a base simbólica sobre a qual se assentam as práticas de cuidado em saúde.

O processo de transformação das representações sociais dos profissionais de saúde, em relação ao agravamento em questão, vem permitindo a elaboração de um saber prático aderente aos valores, normas, crenças

e memórias partilhadas pelos grupos, mas, também, pelo próprio conhecimento científico que é incorporado por esses agentes na constituição de uma forma particular de simbolização, qual seja, as representações socioprofissionais.

## Referencias

1. Center for Diseases Control and Prevention. Follow up on kaposi sarcoma and pneumocystis pneumonia. Morbidity and Mortality Weekly Report. 1981;30:409-10.
2. Nascimento DR. As pestes do século XX: tuberculose e aids no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 196 p.
3. Sontag S. Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras; 2007. 168 p.
4. Malcolm A, Aggleton P, Bronfman M, Galvão J, Mane P, Verrall J. HIV and AIDS-related stigmatization: its form and contexts. *Critical Public Health*. 1998;8(4):347-70.
5. Abric JC. *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France; 1994. 251 p.
6. Oliveira DC. A teoria de representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZA. *Teoria das representações sociais 50 Anos*. Brasília: Technopolitik; 2011. p. 585-624.
7. Jodelet D. *Représentations sociales: un domaine en expansion*. In: Jodelet D. *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France; 1989. p. 17-44.
8. Moscovici S. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France; 1976. 509 p.
9. Marques SC, Oliveira DC, Francisco MTR. Abordagem estrutural das representações sociais da aids entre os servidores de um hospital universitário. *Esc. Anna Nery*. 2004;7(2):186-195.
10. Costa TL, Oliveira DC. A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/Aids: elementos normativos e contra-normativos do pensamento social. *Psicol. Teor. Prat.* 2007;9(2):73-91.
11. Oliveira DC, Apostolidis T, Gomes AMT. Construção e transformação de representações sociais e práticas no contexto da aids em dois contextos socio-culturais: Brasil e França [resumo]. In: Jesuíno JC, Lopes MJ, Mendes F, Silva AO, organizadores. *Resumos da 11ª Conferência Internacional de Representações Sociais*; 2012 25-29 julho; Évora, Portugal. Évora: Universidade de Évora; 2012. p. 1-4.
12. Oliveira DC, Gomes AMT, Marques SC. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Paredes AS. *Perspectivas Teórico-Metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2005. p. 573-603.

13. Dany L, Abric JC. Distance à l'objet et représentations du cannabis. *International Review of Social Psychology*. 2007;20:77-104.
14. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1996. 189 p.
15. Abric JC. La recherche du noyau central et la zone muette des représentations sociales. In: Abric JC. *Méthodes d'études des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Ères; 2003. p. 60-80.
16. Flament C, Guimelli C, Abric JC. Effets de masquage dans l'expression d'une représentation sociale. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. 2006;69(1):15-31.
17. Souza MCMR, Freitas MIF. Representations of primary care professionals about the occupational risk of HIV infection. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(4):748-54.
18. Formozo GA, Oliveira DC. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010;63:230-37.
19. Apostolidis T, Dany L. Représentations sociales et risques sanitaires: perspectives sociocognitives. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2012;6(3):35:50.
20. Oliveira DC, Gomes AMT. Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. *Escola Anna Nery*. 2011;15:838-844.
21. Gomes AMT. A vulnerabilidade como elemento organizador do cuidado de enfermagem no contexto do HIV/Aids: conceitos, processos e representações sociais [tese de professor titular]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011. 414 p.
22. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(3):485-92.

Recebido: 9.8.2012

Aceito: 5.11.2012

### *Como citar este artigo:*

Oliveira DC. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: \_\_\_\_\_];21(Spec):[10 telas]. Disponível em: \_\_\_\_\_

URL

dia  
mês abreviado com ponto  
ano