



ORIGINALES

Contenidos representacionales de profesionales de la red de atención a la salud sobre el HIV en el asesoramiento

Conteúdos representacionais de profissionais da rede de atenção à saúde sobre o HIV no aconselhamento

Representational content of professionals of the health care network about HIV in counseling

Amanda Regina da Silva Góis¹

Regina Célia de Oliveira²

Maria Sandra Andrade²

Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi³

Denize Cristina de Oliveira⁴

Fátima Maria da Silva Abrão²

¹ Enfermera. Doctora en Enfermería. Profesora Adjunta de la Universidad de Pernambuco, campus Petrolina, Petrolina, PE, Brasil. amanda.gois@upe.br

² Enfermera. Doctora en Enfermería. Profesora Asociada de la Universidad de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

³ Médico. Doctor en Sociología. Profesor Asociado de la Universidad Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

⁴ Enfermera. Doctora en Salud Pública. Profesora Titular de la Universidad Estadual de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.510931>

Recibido: 10/02/2022

Aceptado: 29/06/2022

RESUMEN:

Objetivo: Analizar el contenido representacional de los profesionales de la red de atención de salud sobre el virus de la inmunodeficiencia humana en el asesoramiento.

Método: Estudio de representaciones sociales con enfoque procedimental descriptivo-exploratorio realizado con 30 profesionales de asesoramiento de 17 puntos de la red de atención de salud de junio de 2017 a febrero de 2018 de acuerdo con el COREQ. Los datos fueron recolectados utilizando técnicas de entrevista y observación. El corpus fue elaborado y sometido a análisis de contenido por categorías temáticas apoyado en el software ATLAS.ti 8.0.

Resultados: Emergieron las siguientes categorías: prejuicios sociales que comprometen el secreto y la privacidad en la recepción; vulnerabilidades que consolidan el asesoramiento previo a la prueba; y el estado serológico y el tratamiento que hacen que las pruebas sean urgentes. Los contenidos representacionales sobre el virus de la inmunodeficiencia humana, como los prejuicios sociales, las vulnerabilidades, el estado serológico y el tratamiento están relacionados con las dificultades para garantizar la confidencialidad y privacidad de las prácticas de recepción, el énfasis en el asesoramiento previo a la prueba, la urgencia de la prueba según el punto de atención.

Conclusión: El análisis de contenido representacional reveló que la comunicación del diagnóstico de VIH debe ser guiada por las perspectivas de promoción de la salud y atención en red. En cuanto a las implicaciones para la Enfermería, se considera que proporciona orientaciones y acciones que valoran el adecuado desempeño profesional, consecuentemente, mejorando el cuidado de las personas. Para que la comprensión de los aspectos intersubjetivos pueda sustentar condiciones favorables en el asesoramiento en todos los puntos de la red de atención a la salud.

Palabras clave: Percepción Social; Práctica profesional; Cuidado de la salud; Asesoramiento; VIH; Enfermería.

RESUMO:

Objetivo: Analisar os conteúdos representacionais de profissionais da rede de atenção à saúde sobre o vírus da imunodeficiência humana no aconselhamento.

Método: Estudo de representações sociais com abordagem processual do tipo descritivo-exploratório realizado com 30 profissionais aconselhadores de 17 pontos da rede de atenção à saúde no período de junho de 2017 a fevereiro de 2018 em conformidade com o COREQ. Os dados foram coletados a partir das técnicas de entrevistas e observação. O corpus foi elaborado e submetido à análise de conteúdo temático-categorial com suporte do *software ATLAS.ti 8.0*.

Resultados: Emergiram as categorias: preconceitos sociais que comprometem o sigilo e a privacidade no acolhimento; vulnerabilidades que consolidam o aconselhamento pré-teste; e condição sorológica e tratamento que imprimem urgência a testagem. Os conteúdos representacionais sobre o vírus da imunodeficiência humana, como preconceitos sociais, vulnerabilidades, condição sorológica e tratamento, relacionam-se às dificuldades em garantir o sigilo e a privacidade das práticas de acolhimento, à ênfase do aconselhamento pré-teste a urgência da testagem de acordo com o ponto de atenção.

Conclusão: A análise dos conteúdos representacionais revelou que a comunicação do diagnóstico do HIV deve ser balizada pelas perspectivas de promoção da saúde e da atenção à saúde em rede. Quanto as implicações para a Enfermagem, considera-se que proporciona direcionamentos e ações que valorizem a adequada atuação profissional, consecuentemente, melhorando a assistência as pessoas. A fim de que a compreensão dos aspectos intersubjetivos possa subsidiar condições favoráveis no aconselhamento em todos os pontos da rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Percepção Social; Prática Profissional; Atenção à Saúde; Aconselhamento; HIV; Enfermagem.

ABSTRACT:

Objective: To analyze the representational contents of health care professionals about human immunodeficiency virus in counseling.

Method: Study of social representations with a procedural approach of the descriptive-exploratory type conducted with 30 professional counselors from 17 points of the health care network in the period from June 2017 to February 2018 in accordance with the COREQ. Data were collected from the techniques of interviews and observation. The corpus was elaborated and submitted to thematic-categorical content analysis with support from the ATLAS.ti 8.0 software.

Results: The following categories emerged: social prejudices that compromise the confidentiality and privacy in the reception; vulnerabilities that consolidate pre-test counseling; and serological condition and treatment that impose urgency to testing. The representational contents about the human immunodeficiency virus, such as social prejudices, vulnerabilities, serological condition, and treatment, are related to the difficulties in ensuring confidentiality and privacy in the welcoming practices, the emphasis of pre-test counseling, and the urgency of testing according to the care point.

Conclusion: The analysis of the representational contents revealed that the communication of the diagnosis of HIV should be guided by the perspectives of health promotion and network health care. As for the implications for Nursing, it is considered that it provides directions and actions that enhance the appropriate professional performance, consequently improving the assistance to people. In order that the understanding of intersubjective aspects can subsidize favorable conditions in counseling at all points of the health care network.

Keywords: Social Perception; Professional Practice; Health Care; Counseling; HIV; Nursing.

INTRODUCCIÓN

La historia brasileña y mundial de la epidemia causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) está marcada por profundas transformaciones epidemiológicas, sociales y políticas^(1,2). Esas transformaciones son percibidas desde las formas de presentación de conceptos e imágenes hasta las actitudes frente al virus, lo que lo convirtió en un fenómeno social sensible y, por lo tanto, sujeto a representaciones sociales^(3,4).

Las preocupaciones más recientes sobre la epidemia son el aumento del número de casos nuevos en poblaciones específicas, el compromiso de la calidad de vida y de las relaciones sociales por la normalización del VIH como condición crónica de salud, y el impacto económico en los sistemas de salud después de la ampliación de pruebas y tratamientos en la red de atención de salud^(2,4-9).

Sobre la Red de Atención a la Salud (RAS), se define que son arreglos organizativos poliárquicos que incluyen distintas densidades tecnológicas, denominados niveles asistenciales de atención a la salud y acciones y servicios de apoyo, centralizados y coordinados por la Atención Primaria de Salud (APS), que deben responder rápidamente a situaciones agudas y manejar las condiciones de salud crónicas^(10,12).

En la RAS, la comunicación en salud relacionada con el diagnóstico del VIH se realiza a través de la oferta de pruebas, asesoramiento y tratamiento, abordando temas y elementos de interacción social con impacto en la condición de salud de las personas y en las relaciones de trabajo en salud que involucran motivación, oportunidad y capacidad. Y sucede con diferentes aportes teóricos, técnicos y metodológicos, como demuestran estudios realizados en países de África subsahariana, región más afectada por el VIH en los últimos años⁽¹⁾, y otros países asiáticos y europeos sobre el tema⁽⁶⁻⁹⁾.

Así, el objetivo fue analizar el contenido representacional de los profesionales de la red de salud sobre el VIH en el asesoramiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo-exploratorio, orientado por el enfoque procedimental de la Teoría de las Representaciones Sociales (TSE)⁽¹³⁾. Cumple con la guía COREQ. Desarrollado en los municipios de Recife y Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, seleccionado en base al número anual de nuevos casos de VIH por residencia en relación a otros municipios del estado, de junio de 2017 a febrero de 2018.

En cuanto a las densidades tecnológicas, los escenarios incluidos fueron ocho Unidades Básicas de Salud (UBS), dos Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dos policlínicas, dos Centros de Pruebas y Asesoramiento, tres hospitales, siendo dos maternidades de alto riesgo y un hospital general, totalizando 17 puntos en la red de atención a la salud.

La muestra del tipo intencional no probabilística fue constituida por 30 participantes, incluidos a partir de los siguientes criterios: ser profesional graduado con formación en

el área de la salud; estar calificado para la prueba y el asesoramiento sobre el VIH; y actuar como asesor durante seis meses o más. Se excluyeron los que se encontraban en licencia por un período superior a seis meses y en actividades exclusivamente administrativas o gerenciales.

En cuanto a los instrumentos utilizados para la recolección de datos, se elaboró un guion de entrevista semiestructurada con preguntas orientadoras sobre las representaciones del VIH en el asesoramiento. Cuestionario sociodemográfico con las variables edad, sexo, religión, profesión y tiempo de experiencia profesional como orientador. Y un guion para el registro de sesiones de observación no participante en un diario de campo, con descripción del entorno, para diferenciar situaciones en los niveles de atención y relaciones entre los involucrados, usuarios, familiares, parejas y profesionales de asesoramiento.

Los datos fueron recolectados por un estudiante de doctorado y dos estudiantes de enfermería entrenados bajo la supervisión del investigador principal, líder del grupo de investigación, en salas reservadas en los locales de trabajo de los participantes. Se cumplieron todos los aspectos éticos inherentes a la investigación con seres humanos vigentes. Los investigadores se presentaron, aclararon los objetivos de la investigación e invitaron a los profesionales que, aceptando, firmaron ambos ejemplares del Consentimiento Libre, Previo e Informado (CLPI). Hubo siete negativas entre los asesores profesionales invitados. Después de la prueba piloto, no se identificó la necesidad de modificar los instrumentos de recolección de datos.

En cuanto a los métodos y técnicas utilizadas para el análisis de datos, para los datos cuantitativos, derivados del cuestionario sociodemográfico, estadística descriptiva con soporte *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versión 22.0.

En cuanto a los datos cualitativos, se obtuvo los registros individuales de audio de las entrevistas mediante grabación digital en formato *.mp3*, con duración media de 21 minutos. Los participantes pudieron escuchar los audios y decidir sobre la exclusión de partes o de la entrevista completa. Posteriormente, se procedió con la transcripción de esos datos, que fueron sometidos al análisis de contenido por categorías temáticas, compuesta por tres etapas⁽¹⁴⁾.

En la primera etapa, denominada pre-análisis, se organizó y definió el corpus obtenido de las transcripciones, resultando en 56 páginas de archivo en formato *.docx*, de acuerdo con los requerimientos del *Software ATLAS.ti 8.0®* como adecuación del texto a la norma culta estándar; verificación de la concordancia entre las transcripciones y los audios grabados; y estandarización de la nomenclatura de archivos de audio y texto con la categoría profesional, punto de atención y números arábigos en orden de entrevista, como en el ejemplo: Enfermero UBS 14, guardados en carpeta específica para la inclusión del proyecto a través de la creación de la unidad hermenéutica⁽¹⁵⁾.

Posteriormente, se inició la segunda etapa, exploración del material o codificación, en la que se agruparon extractos de las entrevistas seleccionando el texto leído y accionando el comando crear citas para identificar unidades de significación, registro y contexto. En la tercera etapa, denominada tratamiento de resultados, inferencia e interpretación, se llevó a cabo el proceso de categorización, es decir, la clasificación de las unidades de significado en determinadas categorías. Para ello, se

realizó la lectura con el fin de identificar patrones que fueron incorporados a las descripciones de las categorías temáticas construidas, nombradas y presentadas, utilizando como guía el marco teórico del estudio, la TRS^(13, 15-17). Para cada registro verbal, entrevista, acción o práctica, tratamos de componer y asociar la correspondencia emergida de las observaciones registradas en los diarios de campo^(13,15).

El estudio se realizó respetando los aspectos éticos previstos en la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS). Evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidade de Pernambuco, Complejo Hospitalario – Hospital Universitario Oswaldo Cruz (HUOC)/Servicio de Emergencia Cardiológico Universitario de Pernambuco – prof. Luiz Tavares (PROCAPE), Pernambuco, Brasil, CAAE 79852217.6.0000.5192 y parecer N° 2.431.472.

RESULTADOS

Los participantes de este estudio tienen una edad media de 48 años, con un rango de 26 a 67 años; el 80,70% son mujeres; el 46,88% son enfermeros, el 28,12% médicos, el 15,62% trabajadores sociales y el 9,38% psicólogos. En cuanto al tiempo que trabajaron en asesoramiento en VIH, osciló entre 9 meses y 24 años, con un promedio de 12 años de experiencia como consejeros. Del análisis sustentado en el software *ATLAS.ti 8.0®*, fue posible seleccionar 519 UR de las 30 entrevistas, denominadas documentos primarios, de las cuales surgieron tres categorías temáticas a continuación.

Prejuicios sociales que comprometen el secreto y la privacidad en la recepción

En esta categoría se incluyen los contenidos representacionales del VIH relacionados con los prejuicios sociales observados en los UR de los profesionales de orientación de la UBS al vislumbrarse las designaciones estigmatizantes atribuidas al virus ya la enfermedad.

[...] lo primero es el tema de los prejuicios en la comunidad en su conjunto... y la falta de información de los pacientes... de las personas que tienen la enfermedad... y ah... nadie quiere decir al otro es que la persona tiene un diagnóstico de VIH [...] todavía hay mucho estigma en eso... esa es la dificultad... por el prejuicio y el miedo que tiene el paciente de morir por eso [...] (Médico UBS 23)

En cuanto a las prácticas, se destacaron las dificultades para garantizar la privacidad, el secreto y el anonimato de los usuarios. Estas dificultades se expresaron en la recepción, asesoramiento y derivación de los servicios de referencia en pruebas y los servicios de apoyo que forman la propuesta de una red de atención en salud, en una línea de atención integral al VIH, aunque la mayor dificultad observada ha sido en las prácticas de recepción.

La siguiente UR aborda las prácticas de comunicación en salud relacionadas con el diagnóstico, recepción, prueba y asesoramiento de VIH, que deben realizarse en un lugar cercano a la residencia del usuario, preferentemente en la UBS. Sin embargo, los participantes de este estudio destacaron que esa proximidad al lugar de residencia

del usuario puede generar malestar y desconfianza en cuanto al servicio y la capacidad del equipo de salud para mantener la confidencialidad frente a la comunidad, en un intento de acoger:

[...] entonces generalmente cuando la prueba era positiva [...] llamábamos al agente de salud comunitario y le comunicábamos la seropositividad al agente de salud [...] le pedíamos que no comentara con nadie más. (Enfermera UBS 13)

La comunicación previa entre los miembros del equipo multiprofesional de salud puede ser vivenciada en la realidad de la Atención Primaria de Salud (APS) como práctica propuesta para la formación de vínculo, como instrumento para conocer mejor al usuario y acercarse a él. Sin embargo, en algunos aspectos refuerza las expectativas sobre la dificultad de mantener el secreto y la privacidad.

Ambos, el secreto y la privacidad, fueron identificados como necesarios para el desempeño profesional de comunicarse y asesorarse en la UBS, justo en la recepción. El UR a continuación destacó el reconocimiento de la importancia tanto para la atención como para la asistencia de calidad en la APS:

Confidencialidad... privacidad [...] porque muchas veces él ((paciente con resultado reactivo)) no quiere decir a ese profesional ((de salud)) que tiene un trabajo sexual... no se refiere a la homosexualidad porque cuenta de tu intimidad... entonces esto nos hará encender nuestras luces para poder lograr un objetivo mayor [...] (Enfermera UBS 11)

Sin embargo, construir este vínculo representa un desafío desde la perspectiva de compartir información sobre los pacientes con otros miembros del equipo multiprofesional, antes de realizar el asesoramiento posterior a la prueba en casos reactivos, pero no aparece como una preocupación para el asesoramiento previo a la prueba. De esta forma, se analiza que las prácticas de acogida en la UBS solo se activan en una situación en la que el usuario ya ha sido probado y es reactivo.

Vulnerabilidades que consolidan el asesoramiento previo a la prueba

Revela otras diferencias sorprendentes entre los contenidos representacionales del VIH y las prácticas de asesoramiento en la atención primaria de salud (APS) y la atención secundaria de salud (SSA). Si en la APS se compromete el secreto, en algunos puntos de la SSA el anonimato es el elemento que la hace elegible para la población en general. Es el caso del punto de atención a la salud, denominado CTA, en el que el anonimato es el principal responsable de la gran demanda de usuarios que quieren conocer su estado serológico y que no encajan en perfiles ya probados como “rutinarios” en UBS, en la Estrategia Salud de la Familia (ESF), como destaca la UR:

[...] solicitamos en la estrategia de salud de la familia en nuestro territorio para embarazadas y personas con tuberculosis... es nuestra rutina... solicitamos rutinariamente que se estandarice a menos que el paciente venga con quejas... pero estos son un pequeño grupo. (Médico USF10)

Los CTA funcionan ofreciendo pruebas y asesoramiento con énfasis en la prueba previa, mientras que en la UBS, la prueba serológica se realiza y el asesoramiento comienza solo después de la interpretación de un resultado reactivo. En este caso, el abrazo se utiliza como práctica de apoyo o estabilización emocional, o como construcción de vínculo para la adherencia al tratamiento. La UR expresó la importancia de la prueba previa como práctica relacionada con el contenido representacional del VIH como vulnerabilidades en el CTA:

[...] es muy importante [...] PRUEBA PREVIA... Creo que hay algunas líneas de trabajo que piensan que este consejo prueba previa no es tan importante... pero ahí hacemos que el usuario se pone en contacto con esa demanda que lo traía... se da cuenta de la profundidad del examen [...] si no pasa la prueba previa, la entrega del resultado es más compleja... porque es como si en el primer momento lo hiciera una pregunta sobre si hay posibilidad o no ((vulnerabilidad))... se hizo prevención... ¿no? cuando hace el examen, la entrega del resultado está mucho más guiada por la prueba previa [...] (Trabajador Social CTA 01)

Los profesionales de CTA participantes en el estudio destacaron la gran importancia del autoconocimiento o reconocimiento de las vulnerabilidades individuales y sociales para la adopción de medidas preventivas por parte de los usuarios cuando no reaccionan y para reducir los impactos negativos en la post-prueba en los casos reactivos. La acción del profesional en la práctica del asesoramiento, tal como se describe en las UR a continuación, consiste en retomar los contenidos sobre vulnerabilidades y riesgos abordados en la prueba previa, trayendo a la memoria lo que lo llevó hasta ese momento y, por lo tanto, lo que necesita ser cambiado, ya sea que el paciente sea reactivo o no, en la post-prueba:

[...] volvamos a hablar de riesgos... volvamos a lo que había pasado en la prueba previa... ¿por qué lo hiciste (la prueba)? entonces tuviste este riesgo ahora vamos a parar y evaluar bien [...] (Asistente Social CTA 02)

[...] como hacemos una prueba previa y es una característica mía, paso de la prueba previa a la post-prueba... entonces si en la prueba previa habla de una situación de riesgo que tuvo, voy a empezar el resultado de la post-prueba “ya hablamos de una situación de riesgo que tuviste...” de ahí entramos en la cuestión del resultado [...] (Psicólogo CTA 05)

Los contenidos representacionales del VIH relacionados con vulnerabilidades en la concepción de poblaciones clave o prioritarias, o incluso conductas de riesgo, también parecen ser más recurrentes entre los profesionales de CTA:

[...] hoy en día son personas con más vulnerabilidades... muchas veces... la persona es la síntesis de múltiples problemas sociales... una persona que está en el nivel de la pobreza... sin ingresos... entonces... ella ya tiene muchos problemas [...] esta persona ya trae un montón de problemas sociales muy serios [...] (Asistente Social CTA 06)

Las prácticas, en este punto de la atención, desdibujan la centralidad habitual de los aspectos biológicos en salud, lo que revela que, por tanto, importa menos si es reactivo o no reactivo, sino si el usuario puede reconocerse como alguien vulnerable

al VIH y eso puede cambiar su actitud sobre la prevención y el tratamiento a partir de la prueba, reafirmando el enfoque en la promoción de la salud, y no en la enfermedad:

[...] la mayor dificultad cuando no se hace una buena prueba previa... cuando no se tiene esa prueba anticipada es que puedes estar guiando a esa persona sobre los riesgos que tomó... la posibilidad de que sí... puede dar positivo... trabajar en esto antes [...] (Asistente Social CTA 01)

Sin embargo, el CTA no es el único punto de atención en este nivel donde se realiza la comunicación en salud relacionada con el diagnóstico de VIH, los policlínicos y las UPA realizan prácticas de recepción, pruebas y asesoramiento. En el caso de Recife, el CTA funciona dentro de la estructura física de un policlínico y, en Jaboatão dos Guararapes, los usuarios con resultados indeterminados o reactivos son derivados para consulta con un especialista en enfermedades infecciosas en un policlínico.

En cuanto a la UPA, cabe señalar que es un punto ASS en vista de la evaluación de la densidad tecnológica que debe cubrir, sin embargo, ha actuado como unidades de hospitalización y ha ofrecido servicios de alta complejidad, dado el flujo de atención en la red de emergencia en Brasil y las necesidades de la comunidad donde se inserta, por lo que sus prácticas son más similares, en algunos momentos identificados en este estudio, a las de los puntos de atención terciaria de salud (ETS).

Estado serológico y tratamiento que hacen urgente la prueba

El análisis revela la urgencia de la confirmación de un caso clínico en las prácticas de asesoramiento de estos puntos de atención, siendo integrados por UR en los cuales la prueba es importante con sentido o función de confirmar la condición serológica ante una sospecha clínica o epidemiológica:

[...] uno de ellos era un absceso que atravesó... cuando lo drenamos / fue de emergencia / se drenó varias veces... y luego tuvo que ser internado... para hacerle antibiótico intravenoso... y luego dentro de la investigación diagnóstica preguntamos por el anti-VIH [...] (Médico Hospital 21).

[...] es importante hacer una anamnesis completa... envolviendo el pasado del paciente [...] un caso que yo seguí en una UPA donde el paciente debía tener unos 30 años con una sarna muy extendida y él llegó a la urgencia [...] analizando el caso... solicitamos la prueba rápida de VIH y esta prueba dio positivo... con el resultado de esta prueba primero llamamos al paciente para informarle y hacer las derivaciones necesarias [...] (Médico UPA17)

En ese contexto, en el hospital general y en la UPA, la prueba es parte de la investigación clínica, útil para confirmar el estado serológico del VIH y orientar la conducta de inicio de la terapia antirretroviral en las prácticas, lo que se refiere a otros contenidos representacionales del VIH en la ATS para allá del relacionado con la condición serológica, los relacionados con el tratamiento.

En el contexto de la ATS, la comunicación sanitaria relacionada con el diagnóstico del VIH no se da en un solo punto de atención, sino en hospitales generales, UPA y maternidades, y, a pesar de las diferencias en cuanto a las estructuras físicas y composición del equipo de salud, las prácticas de testeo se realizan con cierto grado

de urgencia para confirmar la condición serológica a lo largo de la ATS, casi siempre dirigidas u orientadas a otras acciones relacionadas con el inicio inmediato del tratamiento farmacológico ante la agudización por enfermedades oportunistas.

En cuanto a las prácticas de asesoramiento en las maternidades, los participantes del estudio revelaron que la urgencia del momento dificulta la correcta realización del asesoramiento:

[...] Yo trabajo en una maternidad desde hace muchos años... ahí recibimos usuarias ((nombre de la institución excluida)) que se hacen la prueba en el momento del embarazo... en el momento del parto y descubren que son seropositivas... entramos en contacto con esta realidad de hablar, aconsejar y reenviar (Psicóloga Maternidad 27).

[...] hubo una situación de una puérpera... en el puerperio inmediato... que yo recuerde... se hizo la prueba rápida 20 y hubo una reacción [...] realmente fue una situación muy delicada... fue justo después del procedimiento, parto inmediato y todavía está el tema de la lactancia... de no poder amamantar al niño (Enfermera Maternidad 15).

El ciclo embarazo-puerperio y el parto, cuando se suman a la comunicación sanitaria relacionada con el diagnóstico del VIH, involucran cuestiones esenciales de la relación familiar y entre madre e hijo con gran potencial de sufrimiento. Para los profesionales, la lactancia materna es uno de esos momentos críticos.

DISCUSIÓN

En este estudio, se constató que los enfermeros fueron los más profesionales asesores del equipo multidisciplinar en la línea de atención integral al VIH, lo que remite a la necesidad de explorar las prácticas de recepción, prueba y asesoramiento realizadas por los enfermeros en la red de atención a la salud, con el fin de apoyar el proceso de trabajo o las prácticas de estos profesionales.

Se evidenció la amplia experiencia de los profesionales participantes del estudio en asesoramiento, lo que permitió conocer las relaciones entre representaciones y prácticas frente a constantes cambios y transformaciones epidemiológicas, sociales y políticas.

En cuanto al contenido representacional, se identificó que la primera categoría reveló que los profesionales de la APS presentan el VIH como un fenómeno vinculado a los prejuicios sociales arraigados en el imaginario social relacionado con la muerte. Se afirma que estas representaciones están en transformación de tipo resistente, cuando aún en contradicción con la representación anterior, hasta entonces de tipo hegemónico, encuentra mecanismos para mantener algunas de sus características en la nueva representación^(16,18) que revelan no el miedo a la muerte biológica, sino la muerte social frente al prejuicio⁽¹⁹⁾.

En un estudio sobre la construcción y transformación de las representaciones sociales del SIDA y sus implicaciones para el cuidado de la salud, se demostró que a lo largo de las décadas, la introducción de la posibilidad de vivir con el virus y la disminución

de la importancia de la muerte han ganado cada vez más prominencia como consecuencia del acceso a la terapia antirretroviral⁽¹⁶⁾, proceso denominado normalización de la enfermedad.

Se destaca, entre los hallazgos del presente estudio, que el prejuicio compromete la confidencialidad y la privacidad en la recepción, que se afirman incluso en una perspectiva de reorientación hacia la APS, de prácticas de prueba y de asesoramiento⁽⁵⁾. Esto se debe a que estos esfuerzos fueron entendidos como una forma de ampliar la oferta solo para poblaciones específicas, como mujeres en el ciclo de embarazo y puerperio y pacientes en investigación por tuberculosis^(20,21).

Los estudios sobre las representaciones sociales de los profesionales de salud sobre el VIH están cargados de dualidades conceptuales que interrelacionan saberes de sentido común y saberes cosificados⁽¹⁷⁾. Al establecer el proceso de comunicación en salud, los profesionales proyectan sus creencias, valores y opiniones, aunque sea inconscientemente, revelando dificultades en el trato con la subjetividad del otro, pero reconocen que deben considerar las creencias y valores del usuario para que sean efectivos en su intento de promover el encuentro y la comunicación, revelando el aspecto intersubjetivo de la comunicación en salud^(12,22).

Así, en la segunda categoría temática, los contenidos representacionales del VIH entre los profesionales de la SSA revelan consideraciones relacionadas con las vulnerabilidades. Estas representaciones son consideradas como emancipadas o en emancipación⁽¹⁶⁾, ya que son producidas en relaciones intergrupales, por grupos divergentes, profesionales y usuarios, y adquieren autonomía cuando son compartidas y apropiadas por ambos, pero también pueden ser entendidas como intersubjetivas, es decir, que tratan del encuentro entre personas⁽²³⁾.

La interdependencia, o dependencia mutua, declarada en este estudio, entre los contenidos y prácticas representacionales, permitieron componer otras consideraciones sobre la organización de las prácticas de asesoramiento. Se admite la identificación de dificultades entre los profesionales de la APS para garantizar la confidencialidad y la privacidad, lo que lleva a los usuarios a buscar servicios con énfasis en el anonimato durante la recepción, prueba y asesoramiento como prácticas de CTA.

Los cambios en la forma de percibir e integrar las condiciones y elementos críticos de la vulnerabilidad, como el género, la raza, la etnia, la sexualidad, la clase social, el grupo etario y los efectos que producen en las relaciones interpersonales o intersubjetivas⁽²³⁾ en la práctica profesional, tienen como objetivo mejorar la atención de la salud⁽¹⁹⁻²⁴⁾.

Estudios realizados en países marcados por vulnerabilidades que amenazan a mujeres y niños de África subsahariana y Asia, víctimas diarias de abuso y violencia sexual, argumentan que las pruebas y el asesoramiento deben abordar las diferentes realidades de las personas^(19,25). Un estudio realizado en México incluye la violencia y la inmigración como elementos críticos⁽²⁶⁾. Y otros estudios de América Latina presentan datos que refuerzan la mayor vulnerabilidad al VIH entre algunas poblaciones específicas, denominadas poblaciones clave y prioritarias⁽²⁷⁾.

Se critican las acciones biomedicalizadas entre la prueba y el tratamiento, mostrando el aumento de la oferta y diversidad de pruebas a la reducción de la importancia del asesoramiento^(28,29), revelando el asesoramiento en algunos otros puntos de la red de atención características de situaciones irreversibles para aquellas que están presentes en normas o reglas de instituciones y que presionan a los involucrados a transformar sus representaciones en razón de la nueva práctica propuesta o incluso impuesta⁽²⁸⁾.

En otro sentido, en la tercera categoría temática, las representaciones sociales del VIH se refieren a la normalidad de la epidemia en sus contextos únicamente biomédicos, o sea, serológicos. De esta forma, las prácticas convergentes en relación de interdependencia con las representaciones en la ATS revelan la urgencia de realización de pruebas para confirmar el estado serológico, derivación e inicio de tratamiento antirretroviral ante una situación de enfermedad grave o empeoramiento del estado de salud o riesgo de transmisión vertical⁽²⁹⁾ para que la situación inmediata pueda ser resuelta.

Esto se debe a que los avances tecnológicos, tanto para la detección como para el tratamiento, marcan cambios en las prácticas y políticas de salud y están relacionados con la transformación de representaciones resistentes⁽²⁸⁾ a aquellas de amenaza a la vida⁽²⁹⁾ o de esperanza de normalidad basadas en un tratamiento farmacológico, o sea, en ese nivel de atención, el tratamiento antirretroviral es presentado por los profesionales como una posibilidad de revertir el desequilibrio de la situación de salud inminente y sólo después puede ser pensado en una perspectiva educativa de adherencia⁽²⁵⁾.

Vale la pena señalar que en los países africanos, para ampliar el diagnóstico del VIH, se utiliza la prueba como una estrategia de salud pública sin asesoramiento. En ese contexto, el asesoramiento no es entendido como una práctica profesional, personas comunes, como líderes comunitarios y voluntarios capacitados para tal fin, la realizan durante las acciones de salud, y también existe un incentivo a la auto-prueba para grupos específicos de población⁽³⁰⁾.

Como contribución para el avance del conocimiento científico sobre el tema, se destaca que los resultados pueden apoyar el desarrollo de estrategias de educación permanente para la calificación y actualización profesional, con el objetivo de implementar condiciones favorables para la comunicación en salud relacionada con el VIH, especialmente entre los enfermeros, dada que son los profesionales más integrados a las acciones, estrategias y programas de prueba y asesoramiento en Brasil.

Esto es desde la perspectiva de la promoción y educación en salud, valorando las prácticas de recepción, prueba, asesoramiento pre y post prueba, observando las vulnerabilidades individuales y sociales, integrando todo el potencial de la red de atención en salud en una línea de atención integral al VIH, guiada por la garantía de privacidad y sigilo.

En cuanto a los límites del estudio, estos provienen del enfoque metodológico cualitativo, dado que no permite generalizaciones de resultados. Sin embargo, estas limitaciones fueron superadas por la posibilidad de comparabilidad de los resultados

con otros estudios que utilizan el marco teórico de las representaciones sociales para comprender un fenómeno complejo de importancia para la promoción de la salud.

CONCLUSIÓN

El estudio analizó los contenidos representacionales de los profesionales de la red de atención a la salud sobre el VIH en el asesoramiento y mostró que las circunstancias de la situación difieren según los contextos y niveles de atención a la salud. Además, las prácticas también son influenciadas y transformadas por estas representaciones, ya que lo contrario también es cierto. Incluso en ambientes institucionalizados, la intersubjetividad también parece estar relacionada con sus representaciones y prácticas y, por lo tanto, puede interferir en la forma en que se produce la comunicación en salud.

Las prácticas de comunicación en salud relacionadas al diagnóstico de VIH en la APS son convergentes y no variaron mucho en cada punto de atención, que son del mismo tipo, UBS. Sin embargo, las relaciones entre las representaciones sociales del VIH y las prácticas son divergentes y subjetivas. En cuanto a la SSA, si bien se evidencian convergencias y una clara intersubjetividad en el CTA y un poco menos evidente en el policlínico, se considera que existen divergencias entre representaciones y prácticas, pues, en este nivel, los puntos de atención son diversos, especialmente los UPA que trabaja más cerca de las prácticas de ATS en las que hay convergencias entre prácticas y representaciones de asesores profesionales de maternidades y hospitales generales.

Se considera que la comunicación en salud relacionada con el diagnóstico del VIH debe orientarse por las perspectivas de promoción de la salud y atención a la salud en red, de manera que sus aspectos intersubjetivos, o sea, el encuentro entre sujetos en diferentes contextos, denoten un posible desafío para profesionales de la salud y enfermería, por lo que se espera que este estudio apoye la práctica profesional en la promoción de condiciones favorables para la comunicación en salud. En cuanto a las implicaciones para la enfermería, el estudio proporciona orientaciones y acciones que valoran una adecuada actuación profesional, consecuentemente, mejorando el cuidado a las personas. Para que la comprensión de los aspectos intersubjetivos pueda sustentar condiciones favorables en el asesoramiento en todos los puntos de la red de atención a la salud.

Agradecimientos

El presente trabajo fue realizado con el apoyo de la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamiento 001, en la modalidad de beca de doctorado, otorgada a Amanda Regina da Silva Góis, de 2015 a 2018.

REFERENCIAS

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS data 2019. [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 24]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf.
2. Crabtree-Ramírez B, Belaunzarán-Zamudio PF, Cortes CP, Morales M, Sued O, Sierra-Madero J, et al. The HIV epidemic in Latin America: a time to reflect on the history of success and the 24 challenges ahead. *J int aids soc*. [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 24]; 23(3):e25468. doi: <https://doi.org/10.1002/jia2.25468>.
3. Suto CSS, Oliveira JF, Paiva MS. Social Representations of health care professionals on 28 Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Rev bras enferm*. [Internet]. 2018 Aug; 71(4):1934-1939. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0001>.
4. Monteiro SS, Brigeiro M, Vilella WV, Mora C, Parker R. Challenges facing HIV treatment as 32 prevention in Brazil: an analysis drawing on literature on testing. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2019; 24(5):1793-1807. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16512017>.
5. Agostini R, Rocha F, Melo E, Maksud I. The Brazilian response to the HIV/AIDS epidemic 36 amidst the crisis. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2019; 24(12):4599-4604. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25542019>.
6. Tianyi FL, Tianyi JNT, Agbor VN, Kadia BM. Protocol Audit of HIV counselling and testing services among primary healthcare facilities in Cameroon: a protocol for a multicentre national cross-sectional study. *BMJ Open*. [Internet]. 2018; 8: e020611. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020611>.
7. Lee CY, Wu P, Tsai J, Chen Tc, Chang K, Lu P. Cascade Analysis of Anonymous Voluntary 44 HIV Counseling and Testing Among Patients with HIV Infection in Taiwan. *AIDS patient care STDs*. [Internet]. 2020; 34(7): e303-315. doi: <https://doi.org/10.1089/apc.2020.0044>.
8. Huang H, Ding Y, Wang H, Khoshnood K, Yang M. The ethical sensitivity of health care 48 professionals who care for patients living with HIV infection in Hunan, China: a qualitative study. *J 49 Assoc Nurses AIDS Care*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 09]; 29(2):266-74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5816692>.
9. Hanne A, Nöstlinger C, Beckhoven DV, Deblonde J, Apers L, Verheyen K, et al. Identifying key 53 elements to inform HIV-testing interventions for primary care in Belgium. *Health promot internation*. [Internet]. 2020 Apr; 35, 2(1):301–311. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/daz037>.
10. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALFS, Costa MFBNA, Andrade SR. Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet]. 2019; 23(1):e20180214. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0214>.
11. Coelho B, Meirelles BHS. Care sharing for people with HIV/AIDS: a look targeted at young adults. *Rev bras enferm*. [Internet]. 2019 Oct; 72(5):1341-1348. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0248>.
12. Massignani LRM, Rabuske MM, Backes MS, Crepaldi MA. Communication of hiv/aids diagnosis by health professionals. *Psicol argum*. [Internet]. 2017; 32(79):65-75. doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.32.s02.AO06>.

13. Jodelet D. Social sciences and representations: a study of representative phenomena and 11 social processes, from local to global. *Soc estado*. [Internet]. 2018 Aug; 33(2):423-442. doi: 12 <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183302007>.
14. Silva AH, Fossá MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de 15 dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica* [Internet]. 2015;17(1):114. doi:doi:http://dx.doi.org/10.18391/qualitas.v16i1.2113.
15. Friese S. ATLAS.ti 8.0 Windows. Guia Rápido. ATLAS.ti Scientific Software Development. 18 Manual Versão 2019: 654.20190114. [citado 2019 Mai 20] Updated for program version: 8.4. Disponível em: <http://downloads.atlasti.com/docs/quicktour/QuickTour_a8_win_pt.pdf>.
16. Flament C. Estructura, dinámica y transformación de las representaciones sociales. In: Abric, J.C. *Prácticas sociales y representaciones*. México: Coyoacán, 2001.
17. Jodelet D. Ponto de vista: sobre o movimento das representações sociais na comunidade 25 científica. *Temas psicol (Online)*. [Internet]. 2011 Jun; [cited 2020 Aug 29]. 19(1): 19-26. 26 Available from:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141327389X2011000100003&lng=pt>.
18. Oliveira, DC. Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. *Rev latinoam enferm (Online)*. [Internet]. 2013; 21(spe):276-286. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700034>.
19. Beyeza-Kashesya J, Wanyenze RK, Goggin K, Finocchiaro- Kessler S, Woldetsadik MA, 34 Mindry D, et al. Stigma gets in my way: Factors affecting client-provider communication regarding 35 childbearing among people living with HIV in Uganda. *PLoS ONE*. [Internet]. 2018; 13(2): 36 e0192902. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192902>.
20. Yaya S, Oladimeji O, Oladimeji KE, Bishwajit G. Prenatal care and uptake of HIV testing 39 among pregnant women in Gambia: a cross-sectional study. *BMC public health (Online)*. [Internet]. 40 2020; 20:485. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-020-08618-4>.
21. Tomberg J, Spagnolo L, Harter J, Martins M, Cardozo Gonzales R. Search behavior for health services for the detection of tuberculosis. *Rev enferm UFSM*. [Internet] 2020; 10(52):1-18. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769241815>.
22. Colaço AD, Meirelles BHS, Heidemann ITSB, Villarinho MV. Care for the person who lives with hiv/aids in primary health care. *Texto & contexto enferm*. [Internet]. 2019; 28:e20170339. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0339>. 48
23. Jodelet D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Soc. 50 estado*. [Internet] 2009; [cited 2020 Aug 26]. 24(3): 679-712. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/04.pdf>. 52
24. Singleton R, Sabben G, Winskell K. The spectrum of sexual transaction: representations in young Africans' HIV-themed creative narratives. *Cult health sex*. [Internet]. 2020 Apr; 8:1-17. ahead-of-print. doi: <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1727568>.
25. Musayón-Oblitas FY, Cárcamo CP, Gimbel S, Zarate JIE, Espinoza ABG. Validation of a counseling guide for adherence to antiretroviral therapy using implementation science. *Rev latinoam enferm (Online)*. [Internet]. 2020; 28: e3228. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/15188345.3117.3228>.
26. Muñoz-Martínez R, Fernández Casanueva C, González O, Miranda M. Brouwer KC. Struggling bodies at the border: migration, violence, and HIV vulnerability in the Mexico/Guatemala border region. *Anthropol med*. [Internet]. 2019; 27(4):363-379. doi: <https://doi.org/10.1080/13648470.2019.1676638>.

27. Marriott JP, Pérez-Ramos JG, Choi SH, Gonsalves-Domond G, Aladin B, Barboasu M, et al. Assessing Training Interests of Latin American and Caribbean Immigrant-serving HIV/AIDS, STD, 9 and Hepatitis C Providers in New York State, United States. *Int j STD AIDS*. [Internet]. 2020; 9(2): 10 186–190. doi: <https://doi.org/10.21106/ijma.373>. 11.
28. Monteiro S, Brigeiro M, Mora M, Vilella W, Parker R. A review of HIV testing strategies among 13 MSM (2005–2015): Changes and continuities due to the biomedicalization of responses to AIDS. 14 *Glob public health*. [Internet]. 2018; 14(5):764-776. doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1545038>.
29. Jaspal R, Nerlich Brigitte. Polarised press reporting about HIV prevention: Social 18 representations of pre- exposure prophylaxis in the UK press. *Health (Lond.)*. [Internet]. 2016; 19 21(5):478-497. doi: <https://doi.org/10.1177/1363459316649763>.
30. Flynn DE, Johnson C, Sands A, Wong V, Figueroa C, Baggaley R. Can trained lay providers 22 perform HIV testing services? A review of national HIV testing policies. *BCM res notes*. [Internet]. 2017;10(20):1-7. doi: <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2339-1>.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia