



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CLEUMA SUELI SANTOS SUTO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A AIDS E
PRÁTICAS DE CUIDADO EM HIV/AIDS**

SALVADOR
2015

CLEUMA SUELI SANTOS SUTO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A AIDS E
PRÁTICAS DE CUIDADO EM HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Profa Dr^a Mirian Santos Paiva
Co-orientadora: Profa Dr^a Jeane Freitas Oliveira

SALVADOR
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

S966 Suto, Cleuma Sueli Santos.

Representações Sociais de profissionais de saúde sobre a aids e práticas de cuidado em HIV/AIDS / Cleuma Sueli Santos Suto. - Salvador, 2015. 149 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra Mirian Santos Paiva.

Coorientadora: Profa. Dra. Jeane Freitas de Oliveira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escol de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. AIDS (Doença). 2. HIV (Vírus). 3. Profissionais de saúde. 4. Cuidados
5. Representações sociais. 6. Enfermagem. I. Paiva, Mirian Santos. II. Oliveira, Jeane Freitas de. III. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. IV. Título.

CDU: 616.98:578.828

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

CLEUMA SUELI SANTOS SUTO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A AIDS E
PRÁTICAS DE CUIDADO EM HIV/AIDS

**Dissertação apresentada, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra,
ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia.
Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa:
Mulher, Gênero e Saúde.**

Aprovada em 22 de setembro de 2015.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Mirian Santos Paiva



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Sérgio Corrêa Marques



Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Edméia de Almeida Cardoso Coelho



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Kátia Conceição Guimarães Veiga



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues



Doutora em Enfermagem e Professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

DEDICATÓRIA

A meu pai Raymundo e minha mãe Josefa que sempre me incentivaram e apoiaram a não desistir de percorrer a caminhada rumo à educação. A minha irmã Cleide que sempre esteve presente e me deu muita carona. As minhas filhas Claudia Midori e Alice Keiko que mesmo sem entender meus objetivos um dia podem seguir meus passos. A Cristina que sempre esteve ao meu lado cuidando das minhas filhas e, agora, dos meus pais.

AGRADECIMENTOS

À Professora Mirian Santos Paiva, minha orientadora, sempre atenciosa, carinhosa, muito sábia e incentivadora das minhas ideias. Agradeço por ter me acolhido acreditado e contribuído no desenvolvimento do meu aprendizado.

À Professora Jeane Freitas de Oliveira que aceitou prontamente ser minha co-orientadora, me proporcionou grandes oportunidades de vivências no Curso de mestrado e por ter contribuído com toda a sua experiência para a melhoria da qualidade do meu trabalho.

Às Professoras Silvia, Cristina Melo, Darci, Edmeia, Climene e Enilda que com sabedoria, perspicácia e paixão pela enfermagem, são exemplos a serem seguidos na vida.

Às Professoras Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Kátia Conceição Guimarães Veiga e, ao professor Sérgio Corrêa Marques que aceitaram participar da banca examinadora, trazendo grande contribuição sobre as questões educacionais que emergiram durante o trabalho.

Ao Professor Antônio Marcos Tosoli pelas suas valiosas contribuições ao longo da construção da pesquisa.

Aos meus colegas do curso de Mestrado da UFBA que estiveram ao meu lado Daiane, Paula, Carlos, Ester e Pablo, colegas do mestrado dedicados à teoria das Representações Sociais e que aturaram meu desconhecimento qualitativo e receios, sempre me incentivando e me proporcionando oportunidades de crescimento acadêmico e pessoal. Serão sempre meus/minhas queridos(as)!

Aos profissionais que cuidam de pessoas que vivem com HIV/aids, em especial aos participantes deste estudo.

Aos meus amigos Edilson, Vilma, Emmanuela, Lúcia, Normeide, Eliana e Silvana que muito me incentivaram para iniciar e permanecer no mestrado, enxugaram minhas lágrimas e mostraram que era possível, mesmo com todas as dificuldades que aconteceram, principalmente, a ausência das minhas filhas.

À Daiane Santos, minha grande companheira de curso, que dividiu todas as angústias, medos e muitos momentos felizes comigo e que apesar de todas as adversidades que aconteceram em sua vida, neste momento está defendendo a sua dissertação brilhantemente. Você é uma guerreira!

À minha avó Dona Branquinha (*In memória*), que me deu a vida e em seu seio eu recebi o primeiro e mais importante alimento para que eu pudesse sobreviver a um parto tão difícil e, por nunca ter desistido de mim.

À Deus, porque sem ele nada do que foi escrito anteriormente teria acontecido e nem se quer existido, agradeço por estar sempre presente no meu caminho e na minha vida.

Finalmente, a Nossa Senhora Santana que cobre com seu manto de amor toda a minha família, que me dá a mão e *cuida* da minha vida.

"[...] nada é fixo para aquele que alternadamente pensa e sonha [...]"
Gaston Bachelard

RESUMO

SUTO, Cleuma Sueli Santos. Representações Sociais de profissionais de saúde sobre a aids e práticas de cuidado em HIV/aids. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2015. (Orientadora Prof^a. Dr^a. Mirian Santos Paiva, Co-orientadora Prof^a. Dr^a. Jeane Freitas de Oliveira).

O impacto epidemiológico do HIV/aids engendrou esforços técnicos, políticos e científicos para o seu enfrentamento que modificaram, inclusive, a forma de pensar e atuar dos profissionais de saúde em relação às doenças sexualmente transmissíveis. Constitui-se objetivos da pesquisa: apreender o conteúdo e a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde a cerca da aids e do cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids; comparar as representações sociais da aids e do cuidado a pessoa vivendo com HIV/aids elaboradas pelos subgrupos de profissionais de saúde e, comparar a estrutura e os índices de diversidade e raridade das representações de profissionais de saúde sobre aids e o cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualiquantitativa, orientada pela Teoria das Representações Sociais (TRS) em sua vertente estrutural. Foi realizado com 73 profissionais de saúde que atuam em unidades de referência a pessoas vivendo com HIV/aids do Sistema Único de Saúde de Salvador, Bahia, Brasil. A pesquisa seguiu os princípios bioéticos em todas as suas etapas. A produção dos dados foi realizada com multitécnicas, através da evocação livre de palavras e formulário para a caracterização socioprofissional e de práticas de cuidado. Os dados das evocações foram submetidos aos softwares EVOC 2005 e Tri-deux-Mots para análise quantitativa e os relacionados à caracterização dos profissionais de saúde e práticas de cuidados foram tabulados e analisados com base na TRS. Os resultados dos dados processados pelo EVOC em ordem direta, para os 73 profissionais participantes e para o subgrupo formado pelas enfermeiras, demonstram que a representação do cuidado é organizada em torno de ‘aconselhamento/acolhimento/educação em saúde’, para o subgrupo formado pelas(os) médicas(os) constituem o núcleo central da representação: ‘luta e reconhecimento’. As evocações hierarquizadas e processadas pelo Tri-deux-Mots revelaram que profissionais de serviços ambulatoriais ligados a unidades hospitalares representam a aids como ‘morte, sofrimento, falta de cuidado e tratamento’ e o cuidado como ‘tratamento e adesão ao tratamento’, evidenciando aspectos negativos que se contrapõem aos conhecimentos e avanços científicos constatados nas práticas de cuidado através do tratamento ofertado à doença. Os conteúdos e estruturas das representações sociais para os dois objetos propostos: aids e cuidado, a partir de elementos que os aproximaram do contexto sócio-histórico e cultural dos profissionais, possibilitaram distinguir influências advindas do cotidiano do cuidar e às normativas implantadas pelas políticas públicas adotadas no Brasil. Acreditamos que a incorporação das políticas sejam significativas também para os usuários, o que apontaria possibilidades, de formas de cuidar cotidianamente, respeitando-se cada vez mais as subjetividades inerentes ao tema.

Palavras-chave: HIV/AIDS; Profissionais de saúde; Cuidado; Representações Sociais; Enfermagem.

ABSTRACT

SUTO, Cleuma Sueli Santos. Social Representations of health professionals about AIDS and practices of care in HIV/AIDS. Dissertation (Master of Nursing). Federal University of Bahia, College of Nursing, 2015. (Advisor Prof. Dr. Mirian Santos Paiva, Co-supervisor Prof. Dr. Jeane Freitas de Oliveira).

The epidemiological impact of HIV/aids engendered technical efforts, political and scientific to your face that changed even the way of thinking and acting of health professionals in relation to sexually transmitted diseases. It constitutes research objectives: to grasp the content and structure of social representations of health workers about AIDS and care for people living with HIV/ aids; compare the social representations of aids and care to people living with HIV/aids developed by health professionals subgroups and compare the structure and diversity indices and rarity of health professionals representations of aids and care for people living with HIV/aids. It is a descriptive study with quantitative and qualitative approach, guided by the Social Representation Theory (SRT) in its structural aspect. It was conducted with 73 health professionals who work in people reporting units living with HIV/aids health system in Salvador, Bahia, Brazil. The study followed the bioethical principles in all its stages. The production of data was performed with various techniques through the words of free recall and form to the socio-professional characterization and care practices. Data from evocations were submitted to the EVOC 2005 software and Tri-deux-Mots for quantitative analysis and related to the characterization of health professionals and care practices were tabulated and analyzed based on the TRS. The results of the data processed by EVOC in direct order to the 73 professional participants and for the subgroup formed by the nurses, showed that the representation of the care is organized around 'advice, care, health education', to the sub-group formed by medical form the core of representation: 'struggle and recognition'. The hierarchical evocations and processed by the Tri-deux-Mots revealed that outpatient services professionals linked to hospitals represent AIDS as 'death, suffering, lack of care and treatment' and care as 'treatment and treatment adherence', highlighting aspects negatives that are opposed to knowledge and scientific advances observed in the care practices through the treatment offered to the disease. The content and structure of social representations for the two proposed objects: aids and care, from elements that approached the socio-historical and cultural context of professionals allowed distinguish influences coming from the everyday care and the regulations established by the adopted public policies in Brazil. We believe that the incorporation of the policy are also significant for users, which would point possibilities, forms of care daily, respecting increasingly the subjectivity inherent in the theme.

Keywords: HIV/AIDS; Health professionals; Care; Social representations; nursing.

RESUMEN

SUTO, Cleuma Sueli Santos. Representaciones sociales de los trabajadores de la salud sobre las prácticas de SIDA y atención en VIH/SIDA. Tesis (Maestría en Enfermería). Universidad Federal de Bahia, Escuela de Enfermería, 2015. (Asesor Prof. Dr. Mirian Santos Paiva, Co-supervisor de Prof. Dr. Jeane Freitas de Oliveira).

El impacto epidemiológico del VIH/SIDA engendró esfuerzos técnicos, políticos y científicos a su cara que cambió incluso la forma de pensar y actuar de los profesionales de la salud en relación con las enfermedades de transmisión sexual. Constituye objetivos de la investigación: para captar el contenido y la estructura de las representaciones sociales de los trabajadores de la salud sobre el SIDA y la atención a las personas que viven con el VIH/SIDA; comparar las representaciones sociales del SIDA y la atención a las personas que viven con el VIH/SIDA desarrolladas por profesionales subgrupos de salud y comparar la estructura y diversidad índices y rareza de profesionales de la salud representaciones de SIDA y atender a las personas que viven con el VIH/SIDA. Se trata de un estudio descriptivo y con enfoque cuali-cuantitativa, guiada por la Representación Social Theory (SRT) en su aspecto estructural. Se llevó a cabo con 73 profesionales de la salud que trabajan en las personas que viven con el Sistema de unidades del VIH / SIDA de la Salud, en Salvador, Bahia, Brasil informes. El estudio siguió los principios bioéticos en todas sus etapas. La producción de los datos se realizó con multitécnicas a través de las palabras de recuerdo libre y forma a las prácticas socio-profesional de caracterización y de cuidado. Los datos de evocaciones se presentaron al software EVOC 2005 y Tri-deux-Mots para el análisis cuantitativo y relacionados con la caracterización de los profesionales de la salud y las prácticas de atención fueron tabulados y analizados basan en los TRS. Los resultados de los datos procesados por EVOC en orden directo a las 73 participantes profesionales y para el subgrupo formado por las enfermeras, mostraron que la representación de la atención se organiza alrededor de 'consejos / cuidado / educación para la salud ', para el subgrupo formado por médico forman el núcleo de la representación: "lucha y reconocimiento». Las evocaciones jerárquicos y procesada por el Tri-deux-Mots revelaron que los profesionales de servicios para pacientes externos vinculados a hospitales representan el SIDA como la muerte, el sufrimiento, la falta de atención y tratamiento "y se preocupan como" el tratamiento y la adherencia al tratamiento ", destacando aspectos negativos que se oponen a los conocimientos y avances científicos observados en las prácticas de atención a través del tratamiento ofrecido a la enfermedad. El contenido y la estructura de las representaciones sociales de los dos objetos propuestos: el SIDA y la atención, a partir de elementos que se acercaba el contexto socio-histórico y cultural de los profesionales permite distinguir las influencias provenientes del cuidado diario y las regulaciones establecidas por las políticas públicas adoptadas en Brasil. Creemos que la incorporación de la política también son importantes para los usuarios, lo que apuntaría posibilidades, formas de cuidado diario, respetando cada vez más la subjetividad inherente al tema.

Palabras clave: VIH/SIDA; Profesionales de la salud; Cuidado; Representaciones sociales; Enfermería

LISTA DE FIGURAS

Figura/ Tabela	Título	Local/ Ano	Dissertação/ Artigos	Págin a
Quadro 1	Quadro 1- Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes (N=73), Salvador, 2015.	Salvador 2015	Dissertação	41
Figura 1	Diagrama ilustrativo da contribuição dos artigos	Salvador 2015	Dissertação	48
Figura 1	Grupos e sistematização dos dados estatísticos.	Salvador 2015	Artigo 1	57
Figura 2	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor cuidar de pessoa com HIV/aids, em ordem direta, para todos os participantes estudados.	Salvador 2015	Artigo 1	58
Figura 3	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor cuidar de pessoa com HIV/aids em ordem direta para as enfermeiras estudadas	Salvador 2015	Artigo 1	61
Figura 4	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor cuidar de pessoa com HIV/aids em ordem direta das(os) médicas(os) estudados.	Salvador 2015	Artigo 1	63
Figura 5	Quadro demonstrativo dos Núcleos Centrais com o termo indutor cuidar de pessoa com HIV/aids em ordem direta.	Salvador 2015	Artigo 1	65
Figura 1	GRÁFICO 1 – Representação gráfica da AFC das RS de profissionais de saúde sobre HIV/aids e Cuidado.	Salvador 2015	Artigo 2	83
Quadro 1	Quadro síntese das oposições situadas no Fator 1	Salvador 2015	Artigo 2	85
Quadro 2	Quadro síntese das oposições situadas no Fator 2	Salvador 2015	Artigo 2	86
Figura 1	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor HIV/aids em ordem direta no conjunto dos participantes estudados.	Salvador 2015	Artigo 3	102
Figura 2	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor Cuidar de pessoa com HIV/aids em ordem direta no conjunto dos participantes estudados	Salvador 2015	Artigo 3	105
Tabela 1	Características dos <i>corpora</i> de evocações por objeto	Salvador 2015	Artigo 3	109

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AFC	Análise Fatorial de Correspondência
CAE	Centro de Atenção Especializada
CEMAE	Centro Municipal de Assistência Especializada
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
EVOC	Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse de Évocations
FAPESB	Fundação de Apoio a Pesquisa Bahia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
MS	Ministério da Saúde
NRS	Núcleo Regional de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PSF	Programa Saúde da Família
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV/AIDS
SAE	Serviço Ambulatorial Especializado
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SVDG	Grupo de Pesquisa em Sexualidade, Vulnerabilidade, Drogas e Gênero
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALP	Técnica de Associação Livre de Palavras
TRS	Teoria das Representações Sociais
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO	17
1.1 Cuidado a pessoa vivendo com hiv/aids	21
1.2 A enfermagem e o cuidado a pessoa vivendo com HIV/aids	26
2. REFENCIAL TEÓRICO	31
2.1 Representações sociais	31
2.2 Abordagem estrutural: Teoria do Núcleo Central	34
3 METODOLOGIA	36
3.1 Tipo de estudo	36
3.2 Campo do estudo	38
3.3 Participantes da pesquisa	39
3.4 Coleta de dados	42
3.4.1 Técnicas e instrumentos de coleta de dados	42
3.4.2 Aproximação com participantes e coleta de dados	44
3.5 Tratamento e análise dos dados	44
3.6 Aspectos éticos	49
4.RESULTADO – ARTIGOS	51
4.1 ARTIGO 1. Cuidar de pessoa com HIV/aids: revelando as representações sociais de profissionais de saúde.	52
4.2 ARTIGO 2. Análise fatorial de correspondência: HIV/aids e cuidado	71
4.3 ARTIGO 3. Estrutura representacional em índices: HIV/aids, cuidado e profissionais de saúde	95
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	118
APÊNDICE A	126
APÊNDICE B	132
ANÊXOS	134

INTRODUÇÃO

Trata-se de uma pesquisa integrada a um projeto multicêntrico nacional intitulado “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de Aids: representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil”, coordenado pela Professora Doutora Denize Cristina de Oliveira, projeto financiado pelo CNPq - processo nº482248/2009-2 –EDITAL MCT/CNPQ 14/2009 e pela FAPERJ nº 15/2011 – Programa “Apoio a Projetos de Pesquisas na Área de Humanidades –2011”.

O referido projeto abrange todas as cinco regiões do Brasil, sendo a região nordeste representado pelos estados da Bahia e Pernambuco. No município de Salvador-Bahia, o projeto foi coordenado pela Professora Dr^a Mirian Santos Paiva, integrante do Centro de Estudos GEM e líder do grupo de pesquisa em Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero (SVDG), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

O interesse sobre o tema de estudo escolhido deu-se em virtude da minha vivência profissional em enfermagem e das experiências geradas no cotidiano do meu trabalho. O percurso profissional seguido teve como base a área de Saúde Coletiva e, as atividades que foram desenvolvidas em unidade básica de saúde, no ensino do componente curricular Saúde Coletiva do curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) campus VII e, como técnica da vigilância epidemiológica no Núcleo Regional de Saúde (NRS) de Jacobina da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

O início da minha experiência profissional coincide com o período de interiorização da aids, de modo que pude vivenciar a precária assistência às pessoas diagnosticadas com aids e sua perambulação em busca de atenção menos discriminatória e com alguma garantia de dignidade. Durante minha atuação profissional no setor de vigilância epidemiológica do NRS me deparei com diversas realidades e, muitas vezes, com situações contraditórias entre teoria e prática com relação à assistência¹ prestada a pessoa vivendo com HIV/aids. Observei que existia profissionais que prestavam assistência de forma igualitária, independente do

¹ Assistência é definida como o tratamento de doenças e a preservação da saúde através de serviços médicos, farmacêuticos, enfermagem e outras profissões relacionadas. Incluem-se na assistência todos os serviços utilizados para promover a saúde e o bem-estar dos pacientes, incluindo serviços preventivos, curativos e paliativos, seja para um indivíduo, seja para uma população. O Cuidado pode ser definido como um modo de agir que é produzido como experiência de um modo de vida específico e delineado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em práticas e na ação de cidadãos em uma dada sociedade. Neste estudo, em determinados contexto, utilizaremos os termos assistência e cuidado como sinônimos(BRASIL, 2007; CARRILHO, 2010).

diagnóstico e, outros que diferenciavam a assistência a pessoa soropositiva, no que diz respeito às medidas de precaução e ao contato físico e emocional com esta população.

De modo que a proposição desta pesquisa se justifica, também, por compreender que o estudo propiciar-me-ia crescimento teórico-prático, com realização acadêmica, profissional e pessoal, por existir um interesse em observar como a prática cotidiana do cuidado realizado pelas(os) profissionais em suas unidades de atuação, os riscos inerentes ao ato de prestar o cuidado e as percepções e sentimentos vêm se transformando.

Para a realização deste estudo foi feito um levantamento da produção científica, divulgada através dos periódicos na base de dados SciELO, que revela que muito se tem produzido no campo da aids com base na doença/agravo. No período de 2009 a 2014, foram encontrados cerca de três mil artigos quando pesquisada a temática. Ao investigar as áreas de conhecimento: ciências da saúde, ciências biológicas, ciências sociais e ciências humanas e nas línguas: inglês, espanhol e português há uma redução para cerca de mil. Chama atenção, o fato de que, sob a perspectiva das Representações Sociais só localizamos pouco mais de uma dezena. Evidenciando-se então uma lacuna entre o quantitativo de informação produzida com foco na doença/agravo e a que busca uma maior compreensão do fenômeno com base no conhecimento advindo do senso comum.

Vale ressaltar que, no Brasil, a produção no campo das ciências sociais e da saúde aplicada ao estudo das representações sociais da aids é reconhecida como importante no cenário acadêmico. No entanto, a análise do cuidado desenvolvido com os indivíduos vivendo com HIV/aids não recebeu a mesma preocupação, ou seja, verificou-se no período estudado, uma produção científica pouco volumosa e inespecífica, que apontam um possível desconhecimento sobre as práticas profissionais associadas a aids e as possíveis transformações do cuidado ao longo da epidemia, no que concerne a subjetividade que perpassa o fenômeno.

Sob a perspectiva das representações sociais havemos de considerar que a área da saúde é composta por pessoas que fazem parte da sociedade e trazem consigo muitas das representações sobre as pessoas com vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) ou com a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). O estudo de Formozo (2007) apresenta que profissionais da enfermagem além de membros da sociedade têm distinções como um maior risco de contágio em função dos acidentes com materiais perfuro-cortantes, convívio com as consequências da doença, como a degeneração física, o isolamento social e a morte, de forma

que toda essa especificidade pode influenciar diretamente suas representações e práticas de cuidado. Peculiaridades semelhantes e/ou distintas podem influenciar a representação dos demais profissionais de saúde.

Para Oliveira e colaboradores (2006) a temática do HIV e da aids versa sobre um dos grandes problemas contemporâneos da Saúde Coletiva, pois coexistem duas epidemias, que embora relacionadas, são distintas. A autora e seus colaboradores destacam que o HIV se distingue por ser invisível e a aids pelo seu grande impacto social. Uma das características marcantes da aids é sua magnitude como problema de saúde para a saúde coletiva mundial. O impacto epidemiológico causado pelo HIV/aids determinou esforços técnicos, políticos e científicos para o seu enfrentamento. Tais esforços modificaram, inclusive, a forma de pensar e atuar em relação às doenças sexualmente transmissíveis (STRECK, 2012).

A epidemia da aids se mantém relevante de acordo com os dados do boletim epidemiológico do ministério da saúde publicado em 2015. Apesar de manter-se estável nos últimos cinco anos, só no ano de 2014 foram notificados 70.677 casos novos de infecção pelo HIV no país e a razão entre os sexos chegou a 1,8 caso em homens para cada mulheres. Estima-se que aproximadamente 734 mil indivíduos vivam com o HIV/aids no Brasil, o que representa uma taxa de prevalência de 0,4% na população em geral, porém, apenas cerca de 80% (574 mil) destes devem ter sido diagnosticados (BRASIL, 2014).

Em Salvador, capital do estado da Bahia, foram notificados 296 casos novos de aids em 2014, sendo 81% destes na faixa etária de 10 à 49 anos. Quanto à mortalidade, em 2012, foram registados 219 óbitos, 56,6% entre adolescentes e adultos jovens (15 a 44 anos) e 21% ocorrido em mulheres auto declaradas pretas/pardas (BRASIL, 2015).

As mudanças no contexto da aids, possivelmente, influenciam a construção das representações sociais dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência prestada a pessoas vivendo com HIV/aids. Nesse sentido, as representações que foram elaboradas pelos diferentes grupos, dentro do campo da saúde e ao longo da epidemia, podem ter gerado transformações nas práticas de cuidar.

Este estudo para enfermagem tornou-se importante devido a busca incessante para o preenchimento das lacunas existentes entre a teoria e a prática profissional. No sentido de apoiar as atividades dos profissionais que atuam em unidades de saúde no atendimento às pessoas vivendo com HIV/aids, no que diz respeito, principalmente, às representações sociais

dos profissionais de saúde sobre o HIV/aids e os impactos de tal representação sobre as práticas de cuidado. Além de, para a população em geral e para os demais profissionais participantes deste estudo, possibilitar um repensar das políticas públicas à luz das representações sociais do grupo estudado, de modo a apontar caminhos de enfrentamento, principalmente, nas formas de cuidar cotidianamente, respeitando-se cada vez mais as subjetividades inerentes ao tema.

Apreender as representações sociais desta(e)s trabalhadora(e)s em saúde no processo de enfrentamento da epidemia, em relação ao cuidar, poderá contribuir para a transformação dessa realidade, na medida em que, possibilite uma reconstrução do modo de pensar e fazer dos indivíduos que participam diretamente da assistência em serviços especializados no município de Salvador. Acredita-se que tais implicações sejam positivas e significativas para os usuários, o que de certa forma, nos direcionará na busca da garantia dos princípios de universalidade, equidade e integralidade da assistência, que norteiam o Sistema Único de Saúde no Brasil.

Como proposta deste estudo acredita-se na possibilidade de articulação dessas diferentes experiências do cuidar com os saberes peculiares da área de enfermagem gênero e saúde e, as práticas de cuidado às pessoas vivendo com DST/HIV/aids. Para tanto, define-se como **objeto de estudo** as representações sociais de profissionais de saúde sobre a aids e as práticas de cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids e será guiado pela seguinte **questão de estudo**: Como se estruturam e qual o conteúdo das representações sociais de profissionais de saúde sobre o HIV/aids em suas práticas cotidianas de cuidar de pessoas vivendo com HIV/aids?

Esta pesquisa parte do pressuposto de que o conteúdo e a estrutura das representações sociais diferem entre as enfermeiras e os demais profissionais de saúde devido à existência de variados perfis profissionais de cuidar de pessoas vivendo com HIV/aids.

Para tanto, foram delimitados os seguintes objetivos:

1. Aprender o conteúdo e a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde a cerca da aids e do cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids;
2. Comparar as representações sociais da aids e do cuidado a pessoa vivendo com HIV/aids, elaboradas por subgrupos de profissionais de saúde;

3. Comparar a estrutura e os índices de diversidade e raridade das representações de profissionais de saúde sobre aids e o cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), desencadeou amplo debate sobre a sexualidade, a moral, os direitos humanos e as relações de gênero, tornando-se um importante fenômeno social e de saúde pública para toda a humanidade (OLIVEIRA, 2007; CALAIS; JESUS, 2011). Seu surgimento e as rápidas mudanças no perfil epidemiológico geraram diferentes desafios para a população em geral, sobretudo para profissionais de saúde, formadores e gestores de políticas públicas.

As muitas mortes no início da epidemia geraram sofrimentos, reações diversas, impactos sociais e morais relacionados às questões da sexualidade, que geravam e ainda geram preconceitos, estigmas e desigualdades. Avanços científicos e tecnológicos proporcionaram controle e tratamento da doença, possibilitando melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV e com aids. Classificada atualmente como uma doença crônica pelas limitações físicas e psicológicas, continua provocando impactos diretos do estigma (SILVEIRA; CARVALHO, 2011; BIEHL, 2011).

Além da magnitude e da classificação, Bastos e Szwarcwald (2000) apontam como relevante na temática da aids no Brasil o fenômeno da ‘pauperização’, por influenciar na vulnerabilidade à infecção. O que implica em desafios para a mobilização da sociedade e para as políticas públicas vez que, no ano de 2014, no Brasil, foram notificados mais de 70 mil casos novos de infecção pelo HIV, número que se mantém estável nos últimos dez anos, porém as regiões norte, nordeste e centro-oeste apresentam tendência linear de crescimento significativa. No mesmo período, dos 734 mil indivíduos que se estima viverem com o HIV/aids no Brasil, apenas cerca de 80% (574 mil) destes devem ter sido diagnosticados (BRASIL, 2014).

Quanto ao aspecto da evolução da epidemia, a aids apresentou diferenças importantes no perfil epidemiológico entre as diversas regiões do país. Podemos citar a característica presente na região sudeste, na segunda metade da década de 90, onde se começou a perceber o avanço da epidemia na população feminina. Por conta desta nova característica, o profissional de saúde passou a enfrentar mais esse desafio, a ‘feminilização da aids’.

No final na primeira década do século XXI, a epidemia tornou-se mais centrada em grupos de mais alto risco para infecção pelo vírus HIV: homens que fazem sexo com homens (HSH),

usuário(a)s de drogas e profissionais do sexo. Esses grupos permanecem vulneráveis à aids e a outras DST, diferenciando-se neste aspecto dos demais subgrupos, entre outros fatores, por ainda haver preconceito e estigma relacionados à transgressão de uma moral (BRASIL, 2011).

Para Hita (2013), em estudo sobre dificuldades metodológicas em investigação sobre HIV/aids na Bolívia, o esforço se concentra em quantificar os casos e os que recebem medicamento, deixando-se de lado problemas centrais da epidemia que podem evidenciar a situação real da epidemia e das pessoas que vivem com o vírus.

O estudo de Costa e colaboradores (2009) faz referência a diferentes momentos na história do HIV/aids no Brasil que se interligam com a história mais ampla da vida política do país. O contexto histórico e epidemiológico do HIV/aids permite circunscrever momentos distintos vivenciados pelo(a)s profissionais de saúde em sua práticas de cuidado. Um destes momentos marca o início da epidemia (década de 80), com suas características próprias, entrelaçado pelo medo, obscuridade científica e omissão das autoridades governamentais.

Contrapondo-se a fase inicial, percebemos um segundo momento na prática do cuidar, no qual, além do conhecimento científico mais desenvolvido e da participação ativa das Organizações não Governamentais (ONG's), o país assume uma posição política importante para o enfrentamento da epidemia, ao sancionar, por exemplo, a Lei 9.313/96 (BRASIL, 1998), que trata da universalização da terapia anti-retroviral no tratamento da aids. A aludida lei retrata, também, a luta de ativistas pró-aids dentro da sociedade brasileira.

Mais recentemente, final de 2013, após acordo internacional o ministério da saúde implanta a estratégia 'Tratamento como Prevenção' (TasP), que envolve testagem ampla, precoce e a imediata oferta de tratamento a todas as pessoas diagnosticadas com HIV, independentemente da carga viral. Com o intuito de ampliar a expectativa de vida, pois o risco de doenças oportunistas, assim como, reduz drasticamente, as chances de transmissão do vírus. Para Cohen e Gay (2010), a detecção precoce do HIV (ou seja, testar e tratar) está sendo consideradas como uma estratégia de prevenção importante.

Com relação aos grupos populacionais com mais de 18 anos, estudos realizados em 10 municípios brasileiros entre 2008 e 2009 estimaram taxas de prevalência de HIV de 5,9% entre usuários de drogas, de 10,5% entre HSH e de 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2014), resultados esse que os colocou em situação de maior vulnerabilidade, por

apresentam as maiores prevalências da infecção, quando confrontadas à população geral, no Brasil.

Contudo, devido à manutenção do crescimento do número de casos de aids entre mulheres e o conseqüente aumento do risco de transmissão vertical do HIV, as estratégias de prevenção destinadas a esse grupo têm sido cada vez mais reforçadas. Conejeros e colaboradores (2010) afirmam que a propagação da epidemia atinge todas as regiões do mundo e que entre as mulheres e crianças, não distingue idade nem classe social.

Desse modo, tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis para a redução das chances de transmissão do HIV para o feto ou recém-nascido, tem-se recomendado, desde o final da década de 90, que os serviços da atenção básica, durante o pré-natal, ofereçam aconselhamento, teste anti-HIV e tratamento para as gestantes (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

Chamam atenção Silva, Araújo e Paz (2008) que, no Brasil, algumas mulheres têm o contato primário com as redes de saúde somente no momento do pré-natal/parto, o que torna este espaço um lugar de destaque, vez que este acaba sendo o responsável pela descoberta da soropositividade para o HIV na população feminina e espaço para desenvolver ações específicas de promoção e prevenção.

Vale ressaltar que a taxa de detecção de casos de aids em menores de cinco anos evidenciou uma redução de 35,8% no ano de 2012, em relação ao ano de 2003 (BRASIL, 2013). Os números apresentados apontam uma perspectiva positiva no enfrentamento da aids nesta população que a diferencia das demais.

Em oposição a esta conquista, fatores como a baixa disponibilidade de acesso ao pré-natal através das redes primárias de atendimento, tornam pertinente questionarmos se a via vertical é a mais importante na contaminação de crianças e qual tem sido a qualidade da assistência dispensada à gestante/parturientes? O fato é que, mesmo que a aids seja um problema relativamente novo, e com tecnologias assertivas para alguns grupos populacionais, ela trouxe à tona deficiências muito antigas do atendimento em saúde em todos os âmbitos.

Assim, no Brasil, por exemplo, ainda que a quimioprofilaxia esteja disponível através do sistema público de saúde, tanto para as gestantes infectadas quanto para seus filhos, ocorre que, a qualidade do pré-natal ainda está aquém do desejável, o que resulta na administração de zidovudina injetável em menos de 50% dos partos do total de mulheres estimadas como

infectadas pelo HIV (FERNANDES et al., 2010; VASCONCELOS; HAMANN, 2005.). No entanto, a proposta assumida pelo departamento de DST, aids e hepatites virais do ministério da saúde é bastante ousada ao acreditar que com investimento internacional o país conseguirá alcançar a meta 90-90-90 do UnaidS e acabar com a epidemia até 2030 (BRASIL, 2015).

Outros aspectos desafiadores podem ser apontados no enfrentamento da epidemia, entre elas, as mudanças ocorridas nos comportamentos sexuais dos brasileiros na contemporaneidade. O aumento do sexo casual e a redução no uso do preservativo configuram um cenário ainda mais desafiador para os profissionais de saúde, no manejo das doenças sexualmente transmissíveis na população sexualmente ativa (STRECK, 2012). Fato constatado também em outro país, pois segundo Hita (2013), as atividades de prevenção desenvolvidas na Bolívia desconhecem o conteúdo e a forma de compreensão da sexualidade dos principais grupos nos quais a epidemia encontra-se centrada.

Ainda neste contexto, destacamos a solicitação dos testes por profissionais de saúde para detecção do vírus. A pesquisa de Misuta, et. al., (2008) denunciou o caráter ético das solicitações de exames sorológicos onde, metade das mulheres entrevistadas, relatou que não foram informadas sobre a solicitação do exame. A atitude dos profissionais referida no estudo, pode ser classificada como violação dos direitos humanos, ou seja, além de descumprir o protocolo clínico, fere o caráter voluntário do teste.

Estudos como o de Silva, Araújo e Paz (2008) abordam a questão dos direitos humanos, sob a perspectiva de que, um teste ou tratamentos realizados de maneira compulsória constituem uma violação ao direito da mulher sobre sua saúde e seu corpo. Reforçando que a atitude do profissional necessita estar respaldada na ética e cumprir os protocolos.

O Ministério da Saúde tem demonstrado semelhante preocupação com a dimensão ética da oferta do teste anti-HIV, reconhecendo a necessidade de que esta ação aconteça de forma a garantir a cidadania e o respeito à pessoa humana (SILVA; ARAÚJO; PAZ, 2008; BRASIL, 2010).

Se a vida humana implica relações intersubjetivas em seu cotidiano, tratando-se de DST/HIV/aids é preciso estar atento(a) para situações conflituosas, nem sempre explícitas e que podem dificultar o cuidar. Destarte, quando as pessoas vivenciam situações de ameaça à sua integridade física ou emocional, costumam ficar fragilizadas e, às vezes, não se sentem

capazes de resolver solitariamente seus conflitos, necessitando, claramente, dentre outras ações, da assistência do(a) profissional de saúde (OLIVEIRA, 2007).

1.1 Cuidado a pessoa vivendo com hiv/aids

O cuidado pode ser entendido como o modo-de-ser essencial da humanidade. Está presente em tudo. Por conseguinte, é um fenômeno ontológico-existencial básico, ou seja, é fundamental para a interpretação do sujeito (BARRETO; MOREIRA, 2000).

Segundo Boff (2000), cuidar é entrar em sintonia e afinar-se. As necessidades de saúde expressam as carências de milhões de indivíduos e também, simultaneamente, as necessidades coletivas. O processo de determinação das carências individuais pode ser vivenciado com o grupo, ou seja, tem uma dimensão coletiva. Trata-se, pois, de uma mediação fundamental da práxis social inerente à vida em sociedade.

Nessa visão de mundo, o ser humano é, ao mesmo tempo, universal e particular. O sujeito individual está dialeticamente referido ao seu grupo ou, como em Marx, à sua classe social, negando a perspectiva do sujeito individual portador de necessidades descolado de suas relações sociais (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

Cuidar, ou seja, tomar conta da vida está na origem de todas as culturas. Para Collière (2003, p. 62) as práticas de cuidado não se desenvolveram em torno da doença, e sim em torno de tudo o que permite resistir. Consiste em fazer o indispensável para que a vida continue. No entanto, a autora afirma que “para todo ser vivo, os momentos mais cruciais são o nascimento e a morte”.

Em sentido contrário a sobrevivência está a luta contra a doença, luta essa que só pode ser enfrentada por indivíduos que têm comida e teto, todos os dias. Para a antropologia da doença, o corpo é um objeto de estudo, e tanto o corpo, quanto a doença, passa a ser objeto de conhecimento científico. Desse modo, a razão científica propõe vencer o corpo doente e dominar a doença (HITA, 2013).

Tal concepção, ao encontrar amparo nas instituições assistenciais, imputa uma inversão de valores, a tal ponto que as tecnologias de investigação e de tratamentos passaram a ser objeto

das práticas de cuidado ligadas ao ser humano. De modo que, a doença deve ser detida e erradicada, ou seja, se faz necessária a medicalização alvitrada pelo tratamento.

Na aids, os fenômenos da medicalização e mercantilização, que têm uma importância reconhecida, se interpõem ao cuidado. A introdução da terapia antirretroviral contribuiu para que a aids passasse a ser considerada uma doença crônica. Significando que, se manejada e tratada de maneira adequada, diminuiria, consideravelmente, a probabilidade de adoecimento e morte das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). Além disso, evidências científica apontam que o tratamento não só é eficaz para o controle da doença e melhoria da qualidade de vida, mas também para a diminuição da transmissão do vírus (COHEN; GAY, 2010).

No entanto, na terceira década da epidemia, a aids, ao se conformar como uma doença crônica, impõe a obrigação de reformular a estrutura do cuidado em saúde (SOUZA; SILVA, 2013). As autoras destacam que os(as) profissionais de saúde, agora, necessitam discutir e apresentar respostas às questões até então pouco exploradas no cuidado a saúde, como sexualidade, perdas e morte.

Atualmente, os esforços para o controle da epidemia de HIV/aids, no Brasil, estão concentrados no diagnóstico precoce da infecção e no tratamento das pessoas vivendo com HIV/aids, bem como a implementação de intervenções de prevenção combinada. No entanto, as pessoas vivendo com HIV/aids precisam manter em segredo sua soro-positividade devido, principalmente, à sociedade, que exclui a diferença.

A pesquisa de Silveira e Carvalho (2011) aponta que ao ser revelado a soropositividade, o mundo oculto do uso das drogas, da promiscuidade e de outras condutas socialmente censuráveis vem à tona. De modo que o indivíduo passa a vivenciar um duplo preconceito. Resgatar a integralidade do(a) cliente, percebendo-o(a) como sujeito participante nas ações de saúde, se faz necessário durante a interação com o(a) profissional que o(a) atende e possibilita reconhecê-lo(a) em sua subjetividade. Além disso, é fundamental acolher o saber e o sentir do(a) cliente, por meio de uma escuta ativa.

Para Machado e colaboradores (2007), o desenvolvimento do papel profissional inclui quatro elementos: a intervenção com sujeitos e famílias, o trabalho cooperado em equipes multidisciplinares de saúde, a investigação e a formação.

No mesmo sentido, Leite e colaboradores (2010) propõem que o processo de construção de um modelo de cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids deve ter como características: o

cuidado como competência, a atualização profissional e o conhecimento sobre os avanços no fenômeno da aids. As autoras apontam, ainda, que o modelo deve focar o(a) profissional, o(a) paciente e a patologia, assentando-se na competência técnico/política/ética.

Por outro lado, considerando que o profissional de saúde integra o sistema de saúde, se faz necessário observar alguns aspectos relativos aos serviços de saúde como possibilidades de dar soluções efetivas à população atendida. Os serviços de saúde necessitam entre outros aspectos, reconsiderar o tamanho das equipes ou mesmo sua falta de capacitação.

Frente à situação atual encontrada em alguns serviços de saúde, podemos afirmar que o(a) profissional acaba por se sentir desamparado(a) e, muitas vezes, não sabe como proceder frente às especificidades do indivíduo que vive com HIV/aids. Para Deslandes (2002), as questões relacionadas à estrutura do serviço passam a representar um fator de desgaste psíquico significativo e, até mesmo, de sofrimento, para o(a)s profissionais de saúde, em seu trabalho.

No que tange aos cuidados primários de saúde, existem muitas áreas de intervenção nas quais não só é importante dar resposta às necessidades emocionais do(a)s clientes, como também, facilitar a mudança de comportamentos (TRINDADE; TEIXEIRA, 2000; BRASIL, 2005). É na busca constante de alternativas para esse enfrentamento que as respostas surgem não prontas, mas consolidadas no esforço conjunto de todos os sujeitos envolvidos, que são os elementos vitais nesse processo.

A percepção de Collière revela a complexidade que envolve um atendimento de qualidade, ao enfatizar que “A luta contra a doença é um luxo, a que só se podem habilitar os que comem todos os dias, os que têm um tecto e um território de onde não podem ser expulsos” (2003, p. 59).

Uribe e Orcasita (2011), ao estudarem o(a)s profissionais de saúde da Colômbia que atuam em programas de saúde sexual e reprodutiva com adolescentes, concluiu que a maioria do(a)s profissionais possui conhecimento adequado sobre a infecção do HIV, apresentam atitude positiva em relação aos portadores do vírus e demonstram competência profissional. Entretanto, trabalhar com uma enfermidade conhecida e muito estigmatizante demanda muito do(a) profissional.

É fundamental reconhecer, também, o imenso estresse que o(a)s profissionais enfrentam no seu dia-a-dia, pois lidam cotidianamente com situações difíceis (entrega de resultado positivo

de exame sorológico anti-HIV, crises conjugais, dependência severa de drogas, entre outros). Muitas vezes, o(a)s profissionais não dispõem de recursos pessoais para intervir. No entanto, torna-se imprescindível fundamentar as ações profissionais em aspectos éticos que possibilitem ofertar uma assistência integral.

Vale salientar, que é mister avançar em questões como violação dos direitos humanos, desigualdades de gênero e sociais, estigmas e discriminação vivenciadas cotidianamente por pessoas que vivem com HIV/aids vez que os profissionais de saúde podem ser agentes passivos ou ativos neste processo (URIBE; ORCASITA, 2011). No entanto, é essencial apontar que o apoio e a supervisão desses profissionais necessitam ser garantidos na rotina institucional (FILGUEIRAS, 2005).

No caso do atendimento de qualidade na saúde, o aconselhamento, também, apresenta-se como uma técnica efetiva para a redução de riscos para a saúde, obtida através de mudanças concretas do comportamento do sujeito.

Dentro do protocolo de assistência a PVHA são abordados vários aspectos da assistência, entre eles o aconselhamento pré e pós-testagem. A finalidade principal do aconselhamento é promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e os problemas.

Em seu aspecto técnico, o aconselhamento torna-se um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das DST/HIV/aids, na medida em que propicia uma reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção, envolvendo assim o paciente e suas parcerias (BRASIL, 2014).

Ainda em relação ao atendimento, vale salientar que, o cuidado a PVHA pode desenvolver-se em diferentes locais no sistema de saúde: unidades básicas de saúde, hospitais, maternidades, centros de reabilitação, serviços especializados e em organizações comunitárias. Durante o desenvolvimento da epidemia da aids as Organizações não Governamentais (ONG's) sempre tiveram um papel importante e coadjuvante às políticas públicas, entretanto, só recentemente, o governo as reconheceu como locais apropriados para o desenvolvimento de projetos de promoção da saúde e prevenção entre os mais variados projetos, destacando-se os relacionados às DST/HIV/aids.

No Brasil, a rede de serviços para DST/HIV/aids é formada pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), pelas Unidades Básicas de Saúde, pelas Unidades de Saúde da

Família (USF) e pelos serviços de média e alta complexidade. Em qualquer situação em que ocorra o atendimento nesta rede, o fundamental é que a privacidade, o sigilo e a o caráter confidencial sejam preservados.

As equipes de atenção básica têm papel relevante no diagnóstico e acompanhamento das pessoas portadoras – sintomáticas ou não – de DST/HIV, como rotina de atenção e dever ético e profissional. Hoje, o país conta com cerca de 400 unidades dispensadoras de anti-retrovirais no sistema público de saúde. A garantia de medicamentos às PVHA provocou uma queda de 50% no número de mortes e diminuiu as internações hospitalares em 80% (BRASIL, 2011). No entanto, ampliou as demandas de pacientes por acompanhamento permanente dos serviços de saúde.

Medicamentos anti-retrovirais têm demonstrado reduzir o risco de transmissão de mãe para filho do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e também são amplamente utilizados para a profilaxia pós-exposição para exposição parenteral e sexual. Dados observacionais e estudos ecológicos sugerem que a transmissão sexual pode ser menor em casais em que um dos parceiros está infectado com o HIV está em terapia anti-retroviral (ART) (ANGLEMYER e Col, 2011). No entanto, outro aspecto relevante quanto à terapia é que, com o passar dos anos, o organismo pode criar resistência ou intolerância aos ART que vão perdendo efeito, obrigando o uso de medicamentos mais avançados e protegidos por patentes (SCHEFFER, 2007).

Estudo de Cunha e Galvão (2010) evidenciou que entre os pacientes HIV positivos sintomáticos que faziam uso de antirretrovirais, 33,3% apresentaram ineficaz controle do regime terapêutico, devido à complexidade do regime terapêutico e déficit de conhecimento. O que denota que a adesão à terapia medicamentosa é algo que demanda atenção constante da equipe.

Atualmente, o Governo Federal gasta R\$ 1 bilhão por ano na compra de medicamentos, sendo que apenas oito dos dezoito anti-retrovirais distribuídos pelo SUS são produzidos no Brasil, o que traz implicações diretas à manutenção e sustentabilidade do programa (BIEHL, 2011).

Na estratégia do cuidado a PVHA, a relação com o(a) parceiro(a) e/ou familiares também precisa ser comentada, visto que eles podem ser facilitadores ou dificultadores para o engajamento no autocuidado. É o que se verifica, por exemplo, na pesquisa de Cechim, Perdomini e Quaresma (2007) ao revelarem que, muitas mulheres, embora estando cientes da

sorologia positiva do parceiro para HIV, mantinham relação sexual desprotegidas com estes. Tal atitude ocorre, talvez, pela baixa-estima, descuido com o corpo, impossibilidade de pleitear o uso do preservativo ou condições econômicas e sociais baixas, como supõem os pesquisadores.

Borges, Sampaio e Gurgel (2012) ressaltam que os profissionais que atuam no Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) compreendem a importância do trabalho em equipe como forma de garantia da integralidade, porém reconhecem que o trabalho está organizado de forma fragmentada, tanto no seio da equipe como na articulação com outros serviços. As autoras apontam que ao seguir o modelo centrado em ações individualizadas, a equipe apresenta dificuldade de reconhecer o(a) usuário(a) como sujeito de sua própria vida e corresponsável pelo seu tratamento.

Oliveira, et al., (2007) acreditam que a introdução da terapia que permitiu uma redução significativa da mortalidade por aids e o aumento da expectativa de vida pode estar associada ao processo de mudança das representações sociais da aids.

1.2 A enfermagem e o cuidado a pessoa vivendo com hiv/aids

As práticas de cuidado, ao longo da história da humanidade, se constituíram, em muitos casos, através da compreensão de quão importante são os hábitos de vida, as crenças e os valores. Como propõe Collière (2003, p. 61) sem compreender a “origem dos hábitos de vida, as suas representações simbólicas e as crenças que suscitaram” se incorre em um grande mal entendido.

Após o diagnóstico positivo para o vírus HIV, várias mudanças ocorrem na vida das pessoas. Cunha e Galvão (2010) apresentam, entre outras, as que mais se destacam, como as ligadas ao lazer, sexualidade, trabalho, relacionamentos e rotina diária. Para as autoras, merece, também, ser destacado que o isolamento social em razão do estigma é algo marcante em sua vida.

A epidemia do HIV/aids nos seus primórdios era tratada como uma questão essencialmente biomédica, passando recentemente a ser entendida como um evento coletivo e um constructo social, que se molda dentro do contexto de sistemas sociais, culturais, políticos e econômicos, altamente específicos, interligados e sobrepostos (OLIVEIRA, 2011).

De modo que, o prestador de cuidado, dentre eles a(o) enfermeira(o), tem que acompanhar os momentos de crise, e, para tanto, enfrenta dificuldades relacionadas a: falta de tempo, número de pessoas a receber cuidado, predominância de exames médicos e gestão organizacional dos cuidados. Estas dificuldades reforçam, cotidianamente, a forma de prestar cuidado.

Sendo o cuidado pertencente ao indivíduo no sentido de assegurar a sua sobrevivência, cuidar torna-se mais abrangente ainda, por ser uma necessidade de todas as espécies vivas. Frente à tão ampla definição, Collière (2003) afirma que o exercício profissional dos prestadores de cuidado, do nascimento à morte, quando a família não possa ofertá-lo, torna-se imprescindível.

Ao conceber as pessoas como seres sociais, em constante relação com outro e com seu meio Vanderlei e Almeida (2007), do mesmo modo, Matumoto e colaboradores (2001) asseguram que o indivíduo é o protagonista da ação de saúde que se constrói. Entretanto, a prática e o ensino da enfermagem no país, por serem norteados pelas ciências humanas e sociais, acataram a política de humanização da assistência elaborada pelo Ministério da Saúde. Só após a década de 90 essa política foi seguida por outras profissões.

Assim, com o foco de sua assistência voltado para as relações sociais na vida cotidiana, a enfermagem ocupa lugar de destaque nas transformações ocorridas no próprio significado social da aids, em contraposição ao significado da doença. Contudo, Conejeros e colaboradores (2010) apontam em seu estudo que, enfermeiro(a)s chilenas com mais idade e maior risco ocupacional, apresentaram mais atitudes negativas em relação a pessoas vivendo com HIV/aids, devido, principalmente, ao medo de contrair a doença em sua prática cotidiana.

O estudo de Uribe e Orcasita (2011), através da aplicação de uma escala validada, evidenciou que os profissionais de saúde demonstraram conhecimento correto frente a infecção pelo HIV nos aspectos referentes às formas de transmissão e prevenção, no entanto, no tocante a fatores de risco, percebeu-se ideias errôneas que são preocupantes e necessárias de maior avaliação e interferência, assim como o desconhecimento de medidas de biossegurança.

Formozo e Oliveira (2010) apontam que, devido a representação social sobre a doença aids abranger, entre outras coisas, o preconceito, a discriminação e a morte e, ser a equipe de enfermagem composta por sujeitos que fazem parte desta sociedade, estes, representam a aids de forma semelhante à doença. Acrescenta-se que, acerca destes sujeitos, pela condição de trabalhadores em saúde, existe ainda um maior risco de contágio, em função da predisposição

a acidentes pérfuro-cortantes e ao contato necessário à prestação do cuidado, sendo estes elementos colaboradores na significação da aids como doença.

Ainda com referencia ao estudo de Formozo e Oliveira (2010, p.231), vale ressaltar que “as representações sociais construídas pelos profissionais de enfermagem influenciam as práticas de cuidado, podendo expressar-se nas relações com os pacientes soropositivos ao HIV sob a forma de distanciamento físico e relacional”.

O cuidado de enfermagem envolve a adoção de medidas de proteção individual e coletiva, devido às atividades que exigem contato físico direto e exposição a agentes patológicos. No entanto, como no trabalho em saúde, esta prática tem se configurado como um desafio para a enfermagem. Conforme Gir e colaboradores (2004) há aceitação teórica de normas e orientações sobre biossegurança, no entanto, no aspecto operacionalização, a pratica diária é descontínua e até contraditória.

Foi observado em estudos de Oliveira e colaboradores (2005) que o preconceito e a discriminação configuram a denominação da aids como terceira epidemia, vez que produz o efeito deletério da estigmatização. As autoras justificam que o medo relacionado à prática profissional, devido à possibilidade de ocorrência de acidentes envolvendo fluidos orgânicos corpóreos, propicia o sentimento de estigma e atitudes de preconceito.

Outro aspecto relevante é proposto por Silveira e Carvalho (2011) destacando que a(o)s enfermeira(o)s devem conhecer as pessoas do convívio direto do paciente, preparando-as para o convívio com o soropositivo, seu tratamento e contato com a equipe de saúde. A proposta tem base no pressuposto de que a pessoa com aids e sua família adoecem juntas.

A aids conferiu a necessidade de atenção à pessoa como um todo e assentou sobre os(as) profissionais de saúde questões que até então eram pouco exploradas no cuidado à saúde, como o exercício da sexualidade, as diferenças, as perdas e a morte. Trouxe também, para primeiro plano, as demandas afetivas e sociais, antes renegadas a segundo plano, dando visibilidade ao despreparo e à desorientação de profissionais de saúde no cuidado às pessoas acometidas pela doença (SOUZA; SILVA, 2013). No âmbito específico da enfermagem não foi diferente.

Corroborando, Luz e Miranda (2010) afirmam que o paciente soropositivo requer do profissional que o mesmo o veja com um ser humano, que apesar de fragilizado, merece respeito e atenção. Estas autoras reforçam que o autocuidado deve ser trabalhado intensamente, no sentido de incentivar a autonomia e autoestima da pessoa vivendo com HIV/aids.

Para Oliveira (2001), a enfermeira se apoia em princípios éticos e ideológicos, e, assim, dirige sua prática, ou seja, o campo de saberes e práticas torna-se relevante através de suas teorias que perpassam o conceito de cuidado. Desse modo, as teorias de enfermagem atribuem cientificidade à profissão e fornecem referência ao cuidado (GORTADO, 2002).

A consulta de enfermagem é um importante instrumento assistencial. Macêdo, Sena e Miranda (2013) destacam que através dela é possível promover apoio, acolhimento e diálogo, ou seja, a consulta de enfermagem se configuraria em um momento oportuno e educativo, capaz de estreitar laços e permitir troca de saberes. No entanto, salienta a importância de ir além das condutas técnico-científicas, mas que contemplem as subjetividades mergulhadas no processo de adoecimento.

É necessário mencionar que, frente à epidemia da aids, (a)o profissional enfermeira(o) deparou-se, em sua prática cotidiana, com a inserção do(a) paciente soropositivo(a) para o HIV, sem mesmo conhecer e/ou compreender suas peculiaridades (FORMOZO; OLIVEIRA, 2010).

Conejeros (2010) enfatiza que, entre as percepções negativas relativas ao cuidado de enfermagem as pessoas que vivem com HIV/aids, estão a impotência, a fadiga física, estresse emocional, frustração e medo de exposição a acidentes ocupacionais.

Como proposta de estabelecer um cuidado da(o) enfermeira(o) específico a este grupo e de forma mais sistematizada, Barroso e colaboradores (2010) apresentaram a Teoria do Autocuidado de Orem, justificando que a aids ao comprometer o funcionamento do corpo torna imprescindível que o paciente assuma seu papel de agente ativo do autocuidado, como forma de assegurar a manutenção da saúde. Nessa acepção, a(o) enfermeira(o) além de sistematizar a assistência pode criar instrumentos de avaliação deste paciente.

Conforme estudo de Ribeiro e colaboradores (2006), a experiência profissional leva o(a) profissional a ultrapassar as demandas do sofrimento que a aids provoca e a redirecionar o atendimento e o tratamento aos aspectos mais subjetivos.

As interações sociais envolvem participantes com diferentes formas de conhecimento, a exemplo, as relações entre os profissionais de saúde e as pessoas que procuram os serviços. De um lado, os profissionais com seu conhecimento científico e formal, do outro, o indivíduo portador de amplos conhecimentos sobre suas condições de vida, desejos e dificuldades. Devido à crença na superioridade do conhecimento científico, os profissionais desvalorizam ou não consideram as manifestações daqueles que necessitam do serviço (BERCINI, TOMONIK, 2009).

Silveira e Carvalho (2011) assinalam que os serviços de saúde cuidam dos pacientes na fase aguda da doença, contudo, no período crônico, existirá a necessidade do cuidado da comunidade e das redes de suporte.

Segundo as proposições de Moscovici (2012) na definição dos universos de pensamento, os universos reificados e os consensuais, isto é, os derivados dos campos científico e do senso comum, podemos afirmar que o cuidado em saúde a pessoas vivendo com HIV/aids, pode ser analisado sob as duas óticas: como objeto de representação social e como objeto reificado de conhecimento. Pretende-se manter um olhar sob as duas óticas, porém com foco nas representações sociais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A teoria das representações sócias (TRS) foi eleita como eixo teórico para a condução deste estudo por possibilitar a apropriação do objeto de estudo, no intento de melhor compreendê-lo. A grande teoria proposta por Serge Moscovici (2012) foi utilizada para compreensão de seus fundamentos, mas tomou por base a abordagem estrutural.

2.1 Representações sociais

A TRS busca a compreensão da construção dos saberes sociais, ou seja, dos saberes produzidos no cotidiano. Para Jovchelovitch (2001) a teoria permite o estudo daquilo que uma sociedade sabe de si mesma. Sá (1998) ressalta que o termo representações sociais (RS) designa o conjunto de fenômenos e descreve o conceito que a explica. A noção de representação social possibilitou a evidência de um espaço novo e fecundo às ciências psicológicas e sociais (BERCINI; TOMONIK, 2009). Para estes autores, a linguagem se reveste de importância especial na vida humana. Assim, a explicitação dos conhecimentos através da linguagem permite a elaboração de noções coletivas sobre a realidade.

A TRS pode ser definida como um conjunto de conceitos articulados, que têm origem nas práticas sociais e diversidades grupais cujas funções são dar sentido à realidade social, produzir identidades, organizar as comunicações e orientar as condutas (SANTOS; ALMEIDA, 2005). Como afirma Moscovici (2012, p. 67) o “propósito de toda representação é tornar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, familiar”.

As RS, examinadas pelas correntes que estudam o conhecimento do senso comum, tornam-se uma forma de conhecimento prático, ou seja, rompe com as vertentes do conhecimento clássico (SPINK, 2013). Nessa perspectiva, para a autora citada, o senso comum, além de se consolidar como forma válida de conhecimento, deve ser situada como “teia de significados capaz de criar efetivamente a realidade social” (SPINK, 2013, p. 97).

As representações não são criadas isoladamente por uma única pessoa, para Moscovici (2012) vai muito além, o autor afirma que após serem criadas, as representações vão adquirindo vida

própria, circulando, se encontrando, se atraindo e se afastando, o que oportuniza o nascimento de novas representações, de modo que as velhas representações morrem.

Moscivici (2012) também defende que a TRS municia o referencial interpretativo, tanto para dar visibilidade às representações, como para torná-las compreensíveis como formas de prática social. O autor ainda afirma que é por meio dos intercâmbios comunicativos que as representações sociais são estruturadas e transformadas. O que coaduna com a possibilidade de elucidar transformações ocorridas na representação da aids e do cuidado entre os profissionais de saúde ao longo da epidemia.

Tornar o desconhecido conhecido e possibilitar a comparação e a interpretação dos fatos é o que acontece na elaboração de uma representação social ao envolver dois processos centrais: ancoragem e objetivação (SÁ, 1998). Trazer os novos elementos de saber para categoria e imagens conhecidas significa, para Oliveira (2007), que o desconhecido foi ancorado em representações e conhecimentos já existentes. O outro processo, a objetivação, para a autora citada, consiste em uma operação mental através da qual se dá uma forma específica de conhecimento, tornando o objeto desconhecido em concreto, e materializando-o em palavra.

Nesse ponto de vista, como nos mostra Moscovici, a ancoragem e a objetivação são maneiras de lidar com a memória:

A ancoragem mantém a memória em movimento [...] está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A objetivação [...] tira da memória conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (2012, p. 78).

Ainda nessa sequência, a ancoragem pode ser descrita como um processo de familiarização do novo, transformando-o em um conhecimento hábil a influenciar outras pessoas, revelando-se como uma verdade para certo grupo. Como ensina Moscovici (2012, p 62) “pela classificação do que é inclassificável, pelo fato de dar um nome ao que não tinha nome, nós somos capazes de imaginá-lo, de representa-lo [...] a representação é, fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes”.

As representações sociais, segundo Abric (2000), desempenham funções essenciais na dinâmica das práticas e das relações sociais. Estas funções são denominadas pelo autor como: saber, identidade, orientação e justificadora. Assim, as RS além de compreender e explicar definem a identidade de um grupo, implicando diretamente no processo de socialização dos seus participantes (JOVICHELOVITCH, 2013).

Baseando-se na perspectiva psicossociológica, as RS possuem três dimensões relacionadas à formação do conteúdo da representação e ao contexto social em que o sujeito está inserido. Segundo Moscovici (2012) são elas: atitude que versa na tomada de posição sobre um objeto, expressando uma resposta organizada e latente; informação que provém do conhecimento que o sujeito possui sobre o objeto social, considerando os aspectos qualitativo e quantitativo; e campo da representação determinado como uma estrutura responsável pela organização, estruturação e hierarquização dos elementos da informação que são apreendidos e reelaborados pelos sujeitos. Nessa perspectiva, a análise dessas dimensões possibilita a descrição das linhas sociais de separação dos grupos, a partir da comparação do conteúdo das representações (SANTOS, 2005).

A Teoria das Representações Sociais é considerada um campo fértil para os estudos relacionados com o processo saúde-doença por evidenciar a complexidade das relações entre os fatores biológicos e sociais ao explorar a relação entre saber oficial e senso comum. A saúde e a doença constituem-se como segunda temática entre os estudos em representações sociais. Neste campo, a doença mental e a aids despontam como objetos específicos ensaiados por pesquisadores. As pesquisas em aids apresentam nítida relevância social por se alvitrar a prevenção e a elucidação à população (SÁ, 1998).

A visibilidade possível para o objeto de estudo HIV/aids através da interpretação dos discursos sociais torna-se provável com a TRS, vez que esta teoria permite compreender e discutir as intenções subjacentes dos atores individuais e coletivos, assim como suas crenças e intensões expostas através de seus discursos racionais (SPINK, 2013). Nesse sentido, a autora afirma que “vemos o mundo e o interpretamos a partir das viseiras dos nossos preconceitos” (SPINK, 2013, p. 115).

Em se tratando de representações sociais sobre a aids, Joffe (2013) defende que as RS da aids estão fundamentadas em ideologias de dominação, entre elas as de colonialismo e heterossexismo, apontando que as representações hegemônicas, em qualquer campo, estão a serviço das relações de poder. Assim, o estudo de Oltramari e Camargo (2010) evidencia que independente do sexo, indivíduos em situação de conjugalidade consideraram não existir risco de transmissão do HIV na relação com o(a) parceiro(a), explicando uma ancoragem da aids vinculada a grupos com sexualidade e comportamento considerados divergentes ou não normalizados.

2.2 Abordagem estrutural: Teoria do Núcleo Central

A TRS em sua abordagem estrutural é uma perspectiva de conceber as representações sociais como estruturas de conhecimento sobre temas da vida social, compartilhadas por grupos e formadas por elementos cognitivos ligados entre si. O fundamental da teoria da abordagem estrutural é a teoria do núcleo central (TNC), que defende que as representações sociais são um duplo sistema composto por dois tipos de elementos: um núcleo central e o sistema periférico. Como proposta para abordagem estrutural, trabalhamos também com a Teoria do Núcleo Central, como descrito por Abric:

o núcleo central é o elemento essencial de toda representação constituída e que ele pode [...] superar o simples quadro do objeto da representação para encontrar sua origem diretamente nos valores que transcendem e que não exigem nem aspectos figurativos, nem esquematizações, nem mesmo concretização (1994, p.21).

Sob a perspectiva de Abric (1994), a teoria do núcleo central apresenta elementos complementares à TRS ou grande teoria, pois se ocupa do conteúdo cognitivo organizado e estruturado. Desse modo, o autor propõe que o conteúdo da representação se constitui num sistema central e noutro periférico, com particularidades e funções distintas. Wachelke e Wolter (2011, p. 521) destacam que a principal teoria da abordagem estrutural é a teoria do núcleo central, onde o “núcleo é composto por um conjunto restrito de elementos que definem a representação social e a organiza”.

Para Moscovici (2012, p. 31) a “invisibilidade não se deve a nenhuma falta de informação devido à visão de alguém”, pois ao aceitarmos fatos que são básicos sem discussão, não teremos como transpor a realidade. Assim, fundamentamo-nos no estudo das representações sociais por se constituir em um caminho que nos permitiu atingir os propósitos desse estudo ao possibilitar a investigação de como se formam e funcionam os sistemas de referência que utilizamos para classificar pessoas e grupos e para interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana, nesse caso, cuidar de pessoas com HIV/aids.

Na TNC, o núcleo é composto por um conjunto circunscrito de elementos que define a representação social e a organiza, sendo fortemente repartido pelo grupo. Já o sistema periférico abarca a maior parte dos elementos da representação, os quais possuem natureza condicional e têm caráter mais flexível e prático, moldando a representação às experiências cotidianas (SÁ, 2002; WACHELKE; WOLTER, 2011).

Esta teoria consiste em conceber as representações conforme Campos e Loureiro (2003, p. 36), como conjuntos “estruturados, organizados e hierarquizados” o que afirmaria a concepção de uma representação submetida à influência do contexto discursivo e do contexto social. Para os mesmos autores, o conhecimento da estrutura permite o estudo comparativo entre representações assim como a compreensão dos processos de transformação da mesma.

Para ABRIC (2005), a ideia fundamental da TNC é que dentro do conjunto de cognições presentes no campo de um objeto de representação, alguns elementos têm um papel diferente dos demais e o núcleo central desenvolve duas funções: genética, que cria ou transforma seu significado, e outra organizadora, assegurando a unidade e a estabilidade. Ressalta ainda que o conhecimento do conteúdo de uma RS não é suficiente para seu conhecimento e definição.

De modo que, “duas representações serão consideradas idênticas se forem organizadas em torno de mesmo núcleo central, mesmo se o conteúdo for extremamente diferente” (CAMPOS E LOUREIRO, 2003, p.38).

A análise prototípica proposta por Vèrgès, segundo Wachelke e Wolter (2011), é uma possibilidade de análise na teoria do núcleo central e distingue palavras com frequência alta, que são aquelas com frequência superior ou igual ao valor de corte estabelecido para essa dimensão, enquanto que aquelas com valores inferiores situam-se na zona de baixa frequência. Nesta classificação para a coordenada de ordem de evocação baliza que são as palavras com baixas ordens de evocação, lembradas primeiro, que trazem maior interesse nas representações.

Essa análise baseia-se, também, no princípio segundo o qual, o quanto antes uma pessoa se lembra de uma palavra, maior é a representatividade dessa palavra num grupo composto por pessoas com perfil semelhante. Assim, nesta análise, os critérios de frequência e ordem de evocação se complementam e fornecem dois indicadores coletivos para caracterizar a saliência de uma palavra num corpus gerado a partir de um grupo, de modo que termos que apresentem frequências muito maiores que os demais componentes da zona do núcleo, seja possível afirmar que se trata de um elemento central.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se como um estudo descritivo que, segundo Marconi e Lakatos (2002), visa observar, registrar, analisar e correlacionar fenômenos ou fatos, sem interferir no ambiente analisado. Do ponto de vista da forma de abordagem do problema, trata-se de uma abordagem qualitativa e quantitativa.

A pesquisa quantitativa apela à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as analogias entre variáveis. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite angariar mais informações do que se poderia obter isoladamente (LEVILLE; DIONNE, 2008).

Para esta pesquisa também se fez necessário mensurações e tratamentos estatísticos como *p* *valou*, *T de student* e *análise co-ocorrência* próprios da abordagem quantitativa. Assim, apresentamos uma combinação das duas abordagens, porque como propõem Pádua (2005), é adequada a determinadas pesquisas. Nessa acepção, podemos caracterizar este estudo como uma pesquisa qualiquantitativa, orientada pela Teoria das Representações Sociais, devido a complexidade do fenômeno estudado, a aids.

Com o intuito de superar a clássica dicotomia entre quantitativo e qualitativo, a análise lexical, como proposta neste estudo, possibilita o uso de cálculos estatísticos sobre variáveis essencialmente qualitativas. Para Camargo e Justos (2013) o uso de softwares, como auxiliares para esta forma de análise, tem sido cada vez mais presente em estudos na área de ciências humanas e sociais, especialmente para os que apresentam corpus volumoso, como meio de subsidiar a análise quantitativa de dados textuais.

Vale ressaltar, que cabe a pesquisadora, no processo de análise dos dados, explorar o material, interpretar os resultados proporcionados pelo software, inclusive aqueles dados que não foram inteiramente expressos pelo processamento informático. Pois, “apenas o conhecimento externo do analista o habilita a interpretar os dados” (LAHLOU, 2012, p. 38).

Ao estudar esse fenômeno na perspectiva do cuidado, a opção de utilizar mais de um método no desenho da pesquisa se deve à possibilidade de análise que respeita os princípios de pesquisa, que segundo Flick e colaboradores (2000), na pesquisa qualitativa o espectro de métodos e técnicas é que se amoldam ao caso específico, ao invés de um método padrão

único. A pesquisa qualitativa propicia uma melhor compreensão do objeto de estudo, por possibilitar a convergência dos dados coletados e interpretados a respeito do mesmo fenômeno (DRIESSNACK e colaboradores, 2007).

Por se tratar de um fenômeno complexo a ser compreendido, um amplo espectro de métodos e técnicas permitiu incluir técnicas projetivas e, formulário com perguntas fechadas e abertas, como passos predeterminados e acessíveis, utilizados em procedimentos qualitativos e quantitativos (GÜNTHER, 2006).

Foram aplicadas multitécnicas que permitem trabalhar a complexidade dos fenômenos representacionais e apoiar a estratégia de triangulação de dados. Tal estratégia se fundamenta em uma articulação sobre diferentes perspectivas metodológicas para estudar os possíveis fenômenos visados e seus diferentes aspectos (GERHARHT; SILVEIRA, 2009).

Para Driessnack (2007, p.2) a complementaridade entre pesquisas quantitativas e qualitativas vão além da possibilidade de triangulação a medida que “não foca apenas na sobreposição ou convergência dos dados, mas também nas diferentes facetas do fenômeno, fornecendo uma gama maior de *insight* e perspectivas”. A escolha pela abordagem multimetodológica aplicada concomitantemente possibilitou maior compreensão do teor das representações sociais e permitiu enriquecer a apreensão do objeto e fortalecer a confiança nas interpretações. De tal modo, esta pesquisa buscou, também, com relação às representações sociais, a abordagem estrutural da teoria.

Para tanto, utilizou de evocação de palavras. Para Oliveira, et. al., (2005), a palavra evocação tem vários significados na língua portuguesa, mas como uma projeção mental denota o ato de evocar, ou seja, trazer à lembrança, à imaginação, algo que está fixo na memória dos indivíduos. Para os autores, a técnica de evocações ou associações livres permite restringir as dificuldades e os limites das expressões discursivas, comumente utilizadas nas pesquisas de representações sociais.

Para Flament e Rouquette (2003), as respostas de associação livre, ou seja, frases ou expressões curtas, são fornecidas a partir de um estímulo indutor, que geralmente é o termo que se refere a um objeto de representação social. Metodologicamente, a técnica de evocação livre tem por “objetivo apreender a percepção da realidade de um grupo social a partir de uma composição semântica preexistente, na maioria das vezes, concreta e imagética, organizada ao

redor de certos elementos simbólicos que orienta a percepção real do objeto de estudo” (BARDIN, 2009, p.53).

Assim,

Um produto da palavra em um teste de associação de palavras, possivelmente esconde um significado mais complexo exprimível em um discurso. Podemos supor que nossas unidades de declarações de análise sobre um tema têm a mesma natureza: eles expressam ideias e pode entrar em relacionamentos com outras ideias (ABRIC, 2004, p.32).

3.2 Campo de estudo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Salvador, Capital do Estado da Bahia, cuja população é de mais de três milhões de habitantes. No que se refere à saúde, o atendimento no Sistema Único de Saúde-SUS é prestado por unidades da rede municipal, estadual e federal.

Participaram como informantes da pesquisa profissionais de saúde de nível superior que atuam em unidade ambulatorial especializada da rede estadual (três) e federal (uma) que atendem e/ou cuidam de PVHA no município Salvador. Ainda que envolvendo unidades hospitalares, ressaltamos que nestas apenas os profissionais de saúde que assistem diretamente à nível ambulatorial PVHA foram abordados como informante.

As unidades selecionadas para a pesquisa apresentam-se tanto sob gestão municipal, quanto estadual e federal e se caracterizam como serviços de atenção especializada de média e alta complexidade. Apesar de concedida autorização pelo Núcleo de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, a coleta de dados na rede municipal foi inviabilizada em decorrência da desativação de um dos serviços e, no outro serviço em atividade na rede municipal, com oito profissionais em seu quadro, mais de 70% destes também são lotados em unidades da rede estadual, de modo que acabaram compondo a amostras ao participarem da pesquisa como profissionais da rede estadual.

3.3 Participantes da pesquisa

A elaboração das representações sociais se dá a partir das vivências dos participantes de um grupo. Nesse ponto de vista, só podem ser adequadamente compreendidas se forem analisadas em conjunto com as condições de vida do mesmo (BARCINI; TOMANIK, 2009).

Entre os profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional do Programa Nacional de AIDS, segundo o ministério da saúde (BRASIL, 1998) destaca-se: enfermeira(o), médico(a), psicólogo(a), assistente social, odontólogo(a), nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, entre outros. Compreendendo aspectos da regionalização da saúde como proposto pelo SUS, foram integrados à amostra outros profissionais de nível superior que integravam a equipe local de cada unidade participante, como farmacêutico e terapeuta holístico.

Na determinação da amostra levamos em consideração o item assinalado por Minayo (2010). Segundo a mesma, em uma abordagem quantiqualitativa uma amostra pode ser considerada ideal quando for capaz de elucubrar a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Nesse sentido, a definição da amostra considerou a proposta de análise quali-quantitativa e o processo de triangulação de dados. Utilizamos as variáveis: sexo, idade e tempo de atuação profissional, tipo de serviço, profissão, e maior grau de formação, para caracterização dos sujeitos, no processamento dos dados evocados, e também as variáveis de opinião (estímulos indutores) que compuseram a base de dados dos softwares Tri-deux-Mots e EVOC.

A inserção do(a)s participantes ocorreu em dois momentos distintos do estudo: profissionais que participaram apenas do TALP e do formulário perfil socioprofissional e de práticas de saúde e, outro(a)s que além de responderem a estes instrumentos, foram também entrevistada(o)s. Do total de 260 profissionais que atuam nos serviços selecionados como campo de estudo, de acordo com dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) (DATASUS, 2014), havia a previsão de participação na etapa de evocações livres de no mínimo de 50% mais um destes profissionais (131). Ocorreu que, na aproximação dos campos de coleta, ao confirmar o que estava retratado na base de dados do sistema DATASUS, identificou-se que ela continha informações relativas a profissionais que atuavam a nível administrativo.

Frente a este novo cenário, foi realizado o levantamento em cada uma das quatro unidades participantes e estabelecido um novo universo de profissionais considerando apenas os que realmente assistem/cuidam de pessoas com HIV/aids. Com isso, o total de profissionais com nível superior e atuando diretamente na assistência totalizam 90 profissionais e não mais 260.

Destes, participaram 73 profissionais (sendo 23 enfermeiras(os), 15 médicas(os) e 35 participantes entre as demais profissões). O número de participantes corresponde a 81% do total de profissionais de nível superior em atuação direta com PVHA nestes serviços. Lembrando que um serviço municipal não se constituiu local de coleta pelos motivos já expostos e o segundo serviço municipal dispõem de nove profissionais, dentre os quais cinco atuam concomitantemente em serviços estaduais, e estes cinco compuseram a amostra na 'qualidade' de servidores da rede estadual, o percentual de participação chegou a 97% de profissionais.

De modo geral, quanto mais numeroso o grupo de participantes, mais estáveis serão os resultados da análise estrutural das representações sociais. Uma amostra maior tende a gerar resultados menos suscetíveis de influência pela presença de casos extremos e aproximar-se da realidade observada na população de que é extraída; ou seja, permite estimativas mais confiáveis das ocorrências do fenômeno na população. Gomes, Oliveira e Sá (2008) e Wachelke e Wolter (2011) recomendam que as amostras, geralmente, devem ser maiores e realizadas com cerca de pelo menos 100 integrantes, para que se constituam uma amostra representativa da população estudada.

No presente estudo, o número de participantes é considerado suficiente, mesmo não atendendo as recomendações dos autores acima, pois considerando as peculiaridades e diversidades próprias da realização de pesquisa, acreditamos que pelo fato de termos constituído uma amostra com 97% de participação, não houve comprometimento metodológico para o estudo.

Respeitou-se os seguintes critérios de inclusão: ser profissional de saúde de ambos os sexos, com experiência profissional de no mínimo um ano no cuidado de pessoas com HIV/aids e estar atuando no momento da pesquisa em serviço especializado no município de Salvador. Como critérios de exclusão: profissionais que se encontrem em gozo de férias ou licença. O quadro 1 apresenta o perfil destes participantes:

Quadro 1- Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes (N=73), Salvador, 2015.

RESULTADOS PREDOMINANTES	N	F %
Sexo: Masculino	07	9,6
Feminino	66	90,4
Escolaridade: Graduação	11	15,1
Especialização	52	71,2
Mestrado	07	9,6
Doutorado	03	4,1
Idade: Menos de 35 anos	15	20,5
Entre 35 e 55 anos	45	61,6
Mais de 55 anos	13	17,9
Profissão: Enfermeira(o)	23	31,4
Médica(o)	15	20,6
Assistente social	11	15,1
Psicóloga(o)	04	5,6
Nutricionista	03	4,1
Terapeuta	02	2,7
Odontóloga(o)	05	6,8
Farmacêutica(o)	07	9,6
Outros	03	4,1
Religião: Católica	35	47,9
Evangélica	05	6,8
Espírita/Espiritualista	22	30,2
Outros/Sem religião	11	15,1
Tempo de formação: Até cinco anos	29	39,5
6 a 10 anos	30	41,1
Mais de 10 anos	14	19,4
Tempo de atuação no serviço especializado: Até 9 anos	41	56,2
10 a 20 anos	23	31,5
Mais de 20 anos	09	12,3
Tipo de serviço: SAE*	24	33,0
CTA**	20	27,5
Ambulatório/Hospital	29	39,5
Principais fontes de informação sobre aids:		
Artigos científicos	33	-
Conversas no cotidiano profissional	23	-
Sites/internet	18	-
Manuais técnicos	27	-
Cursos/capacitações	31	-
Obs: podendo considerar mais de uma opção		
Participação em capacitação: Sim	70	95,9
Não	03	4,1
Pensou estar contaminado pelo HIV: Sim	27	36,8
Não	43	58,9
Não quer informar	01	4,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Legenda: * Serviço Ambulatorial Especializado

** Centro de Testagem e Aconselhamento

Frente aos dados apresentados no quadro 1 é pertinente ressaltar que o(a)s participantes, em sua maioria, distinguir-se por serem do sexo feminino (90,4%), com idade entre 35 e 55 anos (61,6%) e pertencentes à religião católica (47,9%). No que se refere à formação, variam o tempo de finalização da graduação de até nove anos, sendo que 71,2% possuem grau instrução em nível especialização. Participaram de capacitações específicas para HIV/aids (95,6%) e 58,9% afirmaram que nunca pensaram em ter sido contaminados pelo HIV.

Considerando a faixa etária, observa-se que, a amostra constituída caracteriza-se por indivíduos que vivenciaram a aids desde seus primórdios e, de acordo com dados do instrumento para caracterização socioprofissional e de práticas relativas ao HIV/aids, um terço deles revelaram já ter vivenciado a desconfiança/possibilidade de ter sido contaminados de HIV.

3.4 Coleta de dados

Aborda-se as técnicas, os instrumentos e como se deu a aproximação com os participantes nos procedimentos referentes à coleta de dados.

3.4.1 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

A técnica de evocações livres de palavras agrupa-se entre os procedimentos projetivos. Conforme Oliveira e colaboradores (2005), a técnica consente compreender e interpretar as declarações dos indivíduos a partir de alguma conceituação psicológica. Tomamos como referencial as técnicas desenvolvidas para caracterização do conteúdo e da estrutura de uma representação social, a partir de evocações de palavras. O uso da evocação livre de palavras permite a compreensão das estruturas semânticas, temáticas e lexical (CARVALHO, 2010).

Assim sendo, a técnica de evocação livre, em seu caráter metodológico, se propõe a apreender a percepção da realidade de um grupo social, tendo como base uma composição semântica preexistente. É utilizado para fazer brotar espontaneamente associações relativas às palavras exploradas ao nível dos estereótipos que criam (BARDIN, 2009).

Nascimento-Schulze e colaboradores (2002) buscaram explicar as discrepâncias de seus resultados com a hipótese de que ao responder as questões de evocação, os participantes lidariam com a representação de modo mais superficial, respondendo mais espontânea e menos conscientemente, em termos de aspectos mais hegemônicos e estáveis das representações,

enquanto que ao participar de uma entrevista prevaleceriam elementos negociados na interação, mais particularizados.

Com base ainda em Oliveira e colaboradores (2005), a coleta de dados através do TALP consistiu em demandar aos participantes a produção das cinco primeiras palavras e/ou expressões que lhe vinham imediatamente à mente aos ouvir o termo indutor ‘HIV/aids’ e em seguida, solicitar-se a hierarquização as palavras e a substituição do indivíduo pela população em geral. Logo após, o mesmo procedimento foi aplicado para a expressão indutora ‘cuidar de pessoa com HIV/aids’.

O recurso metodológico chamado de técnica de substituição, onde o sujeito fala aquilo que ele acredita ser o discurso do outro, segundo Abric (2005), permite a configuração de facetas contra-normativas na explicação da representação social acerca de objetos mais sensíveis, como o desta pesquisa. Portanto, após a evocação expressada na ordem natural, solicitamos aos participantes a produção das cinco primeiras palavras ou expressões que viriam à mente das ‘pessoas em geral’ com os mesmos termos indutores utilizados anteriormente.

Foi feita a opção de aplicar as técnicas de coleta de dados no mesmo período de contato com os informantes, dando prioridade na aplicação do TALP para em seguida, dentro dos critérios estabelecidos, seguirmos com a aplicação do questionário de caracterização socioprofissional.

As evocações foram registradas pela entrevistadora de forma escrita em instrumento apropriado e gravadas (MP3). Segundo a recomendação de Triviños (1987) e Bauer e Gaskell (2006), o registro de todas as falas deve ser realizado, preferencialmente, por meio de gravação direta de áudio, com posterior transcrição integral e literal. Após escuta e confrontação com a escrita, foi elaborado um primeiro corpus com as evocações nas seis possibilidades solicitadas aos participantes.

Em seguida, as evocações foram agrupadas por sentido, na etapa de padronização dos termos evocados, de forma a homogeneizar o conteúdo semântico, visando uma análise mais consistente. O material foi, então, tratado em momentos distintos pelos softwares.

Acentua-se, ainda, que o TALP integrado às possibilidades da informática tornou-se uma ferramenta facilitadora para a análise da estrutura e da organização das representações sociais aventadas pelos diversos grupos profissionais, e possibilitou maior objetividade na análise inferencial das representações investigadas (SARRUBI JÚNIOR e colaboradores, 2013).

Para a coleta de dados utilizou-se o “Instrumento de coleta de evocações livres (1ª parte), caracterização socioprofissional e de práticas de cuidado relativas ao HIV/aids (2ª parte)” (APÊNDICE A) adaptados e já validados no projeto guarda-chuva, do qual este desenho é um recorte. A segunda parte do instrumento não foi utilizada integralmente na apresentação dos dados nos artigos produzidos como resultado deste estudo.

3.4.2 Aproximação com as(os) participantes e coleta de dados

A aproximação com as(os) participantes da pesquisa, considerando serem profissionais de saúde que atuam em serviços ambulatoriais especializados, ocorreu em dois dos serviços pesquisados com o auxílio de uma supervisora designada pelas unidades. Essa profissional apresentou-me a diversas(os) profissionais permitindo uma sucinta apresentação do projeto e tornou-me conhecida da equipe. Salientamos que em todas as unidades foram apresentadas as documentações exigidas e o uso de crachá de identificação.

Com cada participante foi esclarecida a importância de sua colaboração para a pesquisa e após aceitação, o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado. A coleta de dados se deu em ambiente determinado pelo serviço, geralmente o mesmo consultório onde a(o) profissional atende, sendo garantida a privacidade e a confidencialidade.

3.5 Tratamento e análise dos dados

Para alcançar os objetivos propostos, os dados obtidos foram analisados através de uma aproximação em que o aprofundamento e a abrangência da compreensão de grupos sociais importa mais do que a generalização. Segundo Minayo (2006), a aproximação visa ser um método de análise capaz de produzir a compreensão aprofundada do objeto de estudo. No processo de análise, buscou-se evidenciar as práticas de cuidado e a presença de condições favoráveis ou de obstáculos presentes na representação das(os) profissionais que prestam assistência a pessoas com HIV/aids.

Com o intento da análise, as evocações foram homogeneizadas (masculino/feminino, plural/singular), ou seja, passaram a aparecer sempre da mesma forma e com a mesma grafia das palavras em todas as aparições do termo no corpus de análise. Só então foram inseridas nos softwares EVOC e Tri-deux-Mots para a Análise Fatorial de Correspondência (AFC).

O software Tri-deux-Mots, desenvolvido por Philippe Cibois no final do século XX, possibilitou a análise estatística nas pesquisas em ciências sociais. Este pacote estatístico tem apresentado fidedignidade e valor preditivo às pesquisas ancoradas nas abordagens psicossociais (COUTINHO; NÓBREGA; ARAÚJO, 2011).

O gráfico fatorial foi interpretado pela pesquisadora, a partir do significado exposto na tabela de contingência fornecido pelo programa. O gráfico contém as evocações e as características dos participantes da pesquisa, além de mostrar as estruturas constituídas de elementos do campo representacional, ou seja, a atração e o distanciamento entre as variáveis fixas e de opinião (COUTINHO; NÓBREGA; ARAÚJO, 2011).

Neste estudo, a aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) nos permitiu submeter às evocações dos profissionais de saúde, por meio do software Tri-deux-Mots, a uma análise fatorial de correspondência (AFC). Essa análise se constitui em uma técnica estatística descritiva multivariada que evidencia as afinidades entre certas linhas e colunas de uma matriz de dados e que se baseia na hipótese da independência entre as linhas e as colunas dessa mesma tabela (OLIVIERA; AMÂNCIO, 2005). Através de análise quali-quantitativa o processamento dos dados possibilita a evidenciação de elementos formadores da representação social.

Por permitir a garantia de uma coerência estatística do tratamento global dos resultados a AFC elimina possíveis redundâncias presentes em grandes tabelas de contingência. Esta estratégia analítica admite fazer emergir combinações das variáveis num pequeno número de fatores tradutores dos traços basilares das relações entre variáveis não descodificáveis na leitura linear das referidas tabelas (SILVA, 2003).

A análise fatorial de correspondência é, também, um método estatístico de análise de dados que permite demonstrar os vínculos existentes entre as diferentes variáveis e de visualizar como se estruturam e se organizam os dados coletados na pesquisa, fornecendo assim uma multiplicidade de informações ao pesquisador (COUTINHO; NOBREGA; ARAÚJO, 2011).

O software, Tri-deux-Mots, pode ser livremente reproduzido e realiza além de tabulações cruzadas a análise fatorial. É utilizado para tratamento de dados quali-quantitativos e facilita através de uma série de técnicas específicas para a análise dos dados sociológicos, a apreensão dos processos sociocognitivos que baseiam a edificação de uma representação social (COUTINHO, NOBREGA e ARAÚJO, 2011).

O gráfico resultante da análise estatística revela as aproximações e oposições dos fatores analisados e, assim, permite demonstrar as inter-relações existentes em cada um dos conjuntos dessas variáveis (OLIVEIRA; AMÂNCIO, 2005). Também “revela o jogo de oposições que são evidenciadas pelos sujeitos nas respostas aos estímulos indutores, favorecendo a identificação das representações sociais nele contido” (PAIVA; AMÂNCIO, 2004, p. 6).

A análise da estrutura, através do núcleo central das representações, se deu em um primeiro momento, através da utilização do Software EVOC (Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse de Évocations), versão 2005. Este software foi desenvolvido na França, nos Estados Unidos e na Inglaterra, com o intuito de contribuir como tecnologia computacional para auxílio em pesquisas qualitativas. Segundo Sarubbi Júnior e colaboradores (2013), as técnicas disponíveis através do software consentem uma maior objetividade dos resultados por permitir, entre outras atividades, codificação de dados, ordenamento, estruturação, recuperação e visualização desses dados.

Estas ferramentas computacionais aumentam a validade do estudo ao admitir a possibilidade de procedimentos de transferências dos resultados para outros estudos no caso das análises lexical, semânticas, de similaridades e de diferenças. Além do exposto, consentiu também a realização dos cálculos das médias simples e ponderadas, para a construção do quadro de quatro casas, através do qual foi possível discriminar o núcleo central e os elementos periféricos da representação (SARUBBI JUNIOR e colaboradores, 2013).

O Software EVOC possibilitou uma análise prototípica, também conhecida como análise de quatro casas, que acolhe a caracterização estrutural de uma representação social. Em representações sociais, Sá (1995) e Oliveira (2001) confirmam que a teoria do núcleo central pode ser concebida como um sistema formado por dois tipos de elementos: um núcleo central e o sistema periférico. Neste estudo, a estrutura da RS foi analisada a partir dos elementos que compuseram o núcleo central e seu sistema periférico e diversas situações que o *corpora* e os programa do EVOC propiciaram.

A técnica de evocações livres estimula a(o)s participantes a evocar respostas de conteúdos afetivos e cognitivo-avaliativos que permitem proceder à análise qualitativa de dados processados quantitativamente (PAIVA; PAREDE, 2001). Os dados processados quantitativamente a partir dos softwares Tri-deux-Mots e EVOC, foram analisados sob a perspectiva da abordagem qualitativa, à luz da TRS.

No primeiro momento da análise, o EVOC calcula a frequência e ordem de aparição dos termos produzidos, o que possibilita, entre os termos de maior frequência e ordem prioritária no esquema cognitivo, chegar à identificação do núcleo central da representação das(os) profissionais de saúde, em seguida, a categorização e as co-ocorrências (SÁ, 1995; OLIVEIRA, 2003).

Ressaltamos que, além dos elementos constituintes da representação em questão, foi possível inserir os resultados da comparação estatística do Teste *T de Student* entre os *corporas* dos dois contextos normativos (em situação normal e em situação de substituição) para os termos evocados.

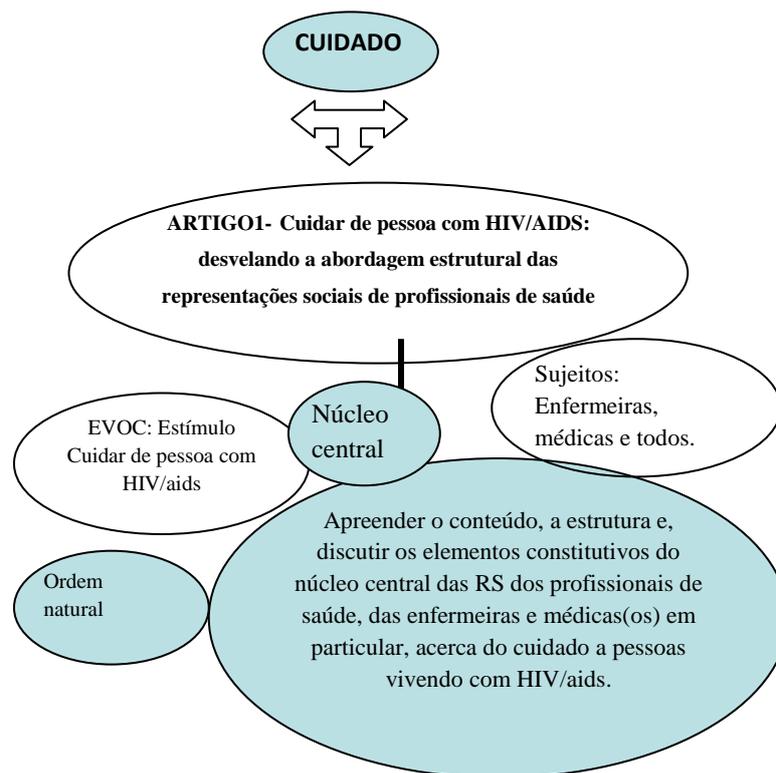
Neste estudo, o software EVOC 2005 calculou, para o conjunto dos *corporas*, as frequências simples de cada evocação, as ordens médias de evocação (OME) e a média das ordens médias de evocação. O software EVOC é um conjunto de programas que gera dados quantitativos e permite ao pesquisador analisar e discutir os resultados ancorados na teoria do núcleo central. O programa SELEVOC, que compõe o software EVOC, possibilitou a desagregação dos *corporas* em subgrupos intencionalmente reordenados como: profissão e tempo de atuação e, o programa CATINI, a construção das matrizes de co-ocorrência e igualdade.

Os dados foram avaliados a partir de sua distribuição em quadros de quatro casas. Essa técnica combina dois atributos relacionados às expressões evocadas, que são a frequência e a ordem em que foram evocadas, e possibilita a distribuição dos termos produzidos segundo a importância atribuída pelas(os) participantes. O quadro de quatro casas que é criado pelo EVOC apresenta o núcleo central, por trazer em sua composição os elementos mais frequentes e com maior saliência, situados no quadrante superior esquerdo (ABRIC, 2005). O referido quadro, também demonstra os elementos intermediários ou 1ª periferia, situados no quadrante superior direito, os elementos de contraste (com baixa frequência, porém considerados importantes pelos sujeitos), situados no quadrante inferior esquerdo e os elementos periféricos da representação ou 2ª periferia (menos frequentes e menos importantes), localizados no quadrante inferior direito.

A comparação entre as representações mantidas por dois grupos ou por um mesmo grupo pode ser estabelecidas conforme Sá (1998, p. 77) se, “e apenas se - os seus núcleos centrais tiverem composição significativamente diferentes, se não tratar-se-á de estados diferencialmente ativados da mesma representação, em função de situações específicas em que se encontrem”.

Para a análise dos dados oriundos da caracterização socioprofissional e de práticas relativas ao HIV/aids, inicialmente, foi realizada a tabulação pelo programa Microsoft Excel, sendo alguns dos resultados expostos em frequências absolutas e relativas e triangulados com resultados do TALP.

Com relação à apresentação dos resultados, a figura 1 tem a intenção de demonstrar como procedemos na disposição dos dados para construção de artigos, formato escolhido para apresentação dos resultados da pesquisa.



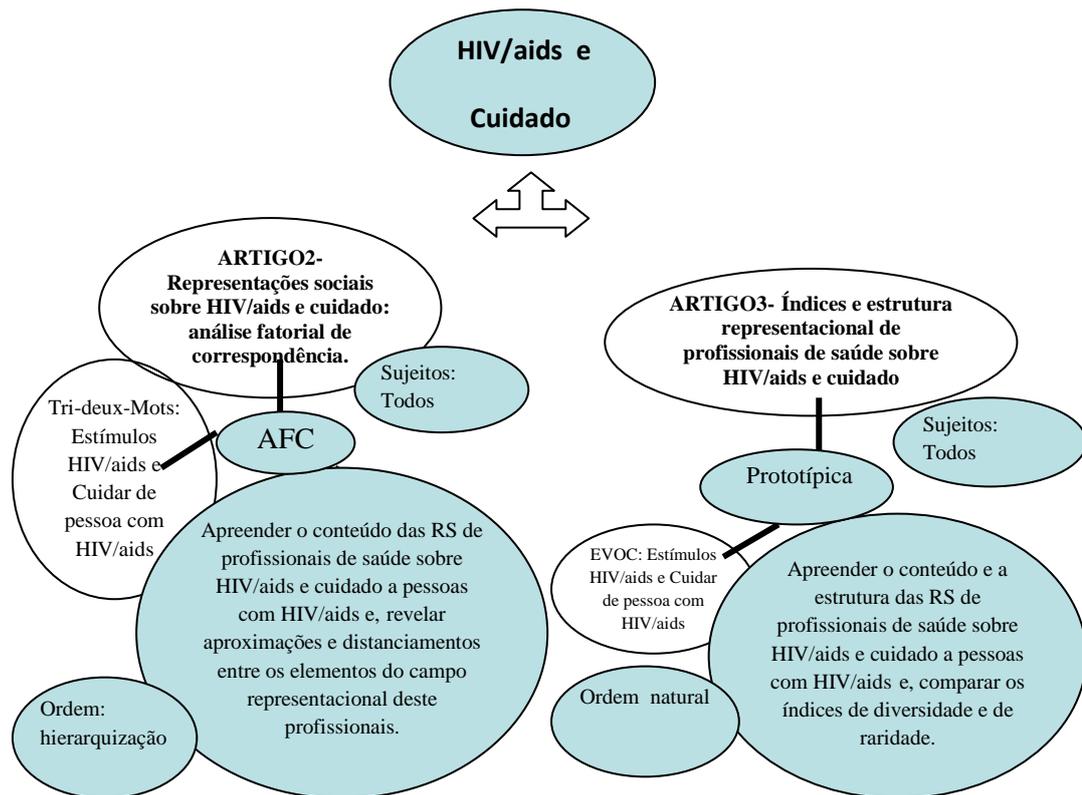


Figura1- Diagrama ilustrativo da contribuição dos artigos, Salvador, 2015.

3.6 Aspectos éticos

Para fins éticos e de acordo com as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, a coleta de dados foi precedida da análise do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA e aprovação sob número 874468/2014. Neste sentido, foram reservados os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Todos os termos de autorização de consentimento institucional do Secretário Municipal de Saúde e de diretores das unidades encontram-se em anexo. Para manutenção do anonimato das quatro unidades de saúde que compuseram a amostra as mesmas passaram a ser denominados de serviço ambulatorial especializado (SAE) centro de testagem e aconselhamento (CTA) e ambulatórios hospitalares.

A participação foi voluntária, sendo que um dos serviços propiciou uma divulgação interna através de e-mail para motivar a participação dos profissionais, atitude rotineira na unidade e realizada através do núcleo de ensino e pesquisa da instituição. Os indivíduos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) no qual autorizavam a coleta do TALP, formulário e a divulgação dos resultados obtidos a partir dos dados coletados. As(os) participantes envolvidas(os) na pesquisa após sentirem-se devidamente informadas(os) acerca dos objetivos do estudo e da importância da gravação, assim como da liberdade de recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para si, concederam sua participação, que se deu em consultórios/salas de atendimento nas referidas unidades.

4 RESULTADOS - ARTIGOS

Com resultados deste estudo apresentamos três artigos originais elaborados em acordo com as normas das revistas às quais serão submetidos. Dois deles resultam da análise a partir do software EVOC e um do software Tri-deux-Mots. Os artigos apresentam elementos constituintes do núcleo central da representação social e a análise fatorial de correspondência com suas oposições.

O primeiro artigo evidencia as representações sociais sobre o cuidado, evocado em ordem direta, a partir dos dados processados pelo software EVOC, que possibilitou também comparar o núcleo central das representações entre os grupos profissionais de enfermeiras, médica(o)s e o total das(os) participantes.

O segundo artigo discorre sobre HIV/aids/cuidado, através da análise fatorial de correspondência, elaborada pelo software Tri-deux-Mots, na perspectiva do conjunto dos participantes, a partir das evocações elaboradas e hierarquizadas pelos mesmos sobre aids e cuidado. Por fim, o terceiro artigo, valeu-se dos dados processados também pelo EVOC, que além da análise do quadro de quatro casas, apresenta comparações entre os objetos de estudo (HIV/aids e cuidado) através da análise prototípica de índices.

4.1 Cuidar de pessoa com HIV/aids: revelando as representações sociais de profissionais de saúde.

O artigo Cuidar de pessoa com HIV/aids: revelando as representações sociais de profissionais de saúde foi elaborado a partir das instruções a(o)s autora(e)s para publicação e apresentação a(o)s editores do periódico REEUSP, órgão oficial de publicação da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo (USP), disponíveis no link: <http://www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm>, acessado em abril de 2015.

Cuidar de pessoa com HIV/AIDS: revelando as representações sociais de profissionais de saúde*

Caring for people with HIV/AIDS: revealing the social representations of health professionals

El cuidado de las personas con VIH/SIDA: revelando las representaciones sociales de profesionales de la salud

Autore(a)s:

1-Cleuma Sueli Santos Suto, Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Bolsista FAPESB. Salvador, BA, Brasil. cleuma.suto@yahoo.com.br.

2-Jeane Freitas de Oliveira, Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. jeanefreitas@ig.com.

3-Mirian Santos Paiva, Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Salvador, BA, Brasil. paivamirian@hotmail.com. Orientadora

Autora responsável: Cleuma Sueli Santos Suto. Rua Paissandú, 41, Campo Limpo, Feira de Santana-Bahia, CEP-44034062. cleuma.suto@yahoo.com.br.

RESUMO

Objetivando apreender o conteúdo, a estrutura e, discutir os elementos constitutivos do núcleo central das representações sociais dos profissionais de saúde, das enfermeiras e médicas(os) em particular, acerca do cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids, desenvolveu-se uma pesquisa com base na Teoria das Representações Sociais. A produção dos dados teve origem nas unidades de serviço especializados em HIV/aids, da cidade de Salvador-Bahia, mediante aplicação da técnica projetiva de associação livre de palavras, em 2015, com processamento no software EVOC, que permitiu uma análise com foco no núcleo central (NC). Os termos ‘aconselhamento e acolhimento’ constituem o NC para os profissionais de saúde; os termos ‘atendimento humanizado e prevenção’ formam o NC das enfermeiras e não destoam do grupo total, porém, o NC das médicas ‘luta e reconhecimento’ destoa dos demais. O termo educação-saúde presente em todos os NC confere homogeneidade intergrupala concretizando, talvez, uma incorporação do paradigma da promoção da saúde por parte das participantes da pesquisa.

DESCRITORES: Cuidado; HIV/aids; Representações sociais; Profissionais de saúde.

* Extraído da dissertação “Representações sociais de profissionais de saúde sobre o cuidado a pessoas com HIV/aids”, 2015. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

ABSTRACT

Aiming to learn the content, structure and discuss what constitutes the central core of social representations of health professionals, nurses and medical in particular, about the care for people living with HIV/AIDS, developed a survey based on the Social Representation Theory (SRT). Data production originated in the specialized service units on HIV/aids in the city of Salvador, Bahia, by applying the projective technique of free association of words, in 2015, with processing at the EVOC software, which allowed an analysis focusing on core (CN). The terms 'advice and host' up the CN for health professionals; the terms 'humanized care and prevention' form the CN Nurses and not clash with the total group, however, the CN medical 'struggle and recognition' clashes of others. The term this education-health in all CN gives homogeneity intergroup realizing perhaps an embodiment of health promotion paradigm by the research participants.

DESCRIPTORS: Care; HIV/AIDS; Social representations; Health professionals

RESUMEN

Con el objetivo de aprender el contenido, la estructura y discutir lo que constituye el núcleo central de las representaciones sociales de los profesionales de la salud, enfermeras y médicos, en particular, acerca de la atención a las personas que viven con el VIH/SIDA, desarrollaron una encuesta basado en la Representación Social Theory (SRT). La producción de datos se originó en las unidades de servicios especializados en materia de VIH/SIDA en la ciudad de Salvador, Bahia, aplicando la técnica proyectiva de asociación libre de palabras, en 2015, con el procesamiento en el software EVOC, lo que permitió un análisis centrado en núcleo (CN). 'Asesoramiento y acogida a la CN para profesionales de la salud de los términos; 'atención humanizada y prevención' los términos forman las enfermeras CN, no entran en conflicto con el grupo total, sin embargo, el médico 'lucha y de reconocimiento' CN enfrentamientos de los demás. El término de esta educación-salud en toda Carolina del Norte da intergrupual homogeneidad darse cuenta tal vez una forma de realización de paradigma promoción de la salud por los participantes en la investigación.

DESCRIPTORES: Cuidado; VIH/SIDA; Representaciones sociales; Profesionales de la salud

Cuidar de pessoa com HIV/AIDS: revelando as representações sociais de profissionais de saúde

RESUMO

Objetivando apreender o conteúdo, a estrutura e, discutir os elementos constitutivos do núcleo central das representações sociais dos profissionais de saúde, das enfermeiras e médicas(os) em particular, acerca do cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids, desenvolveu-se uma pesquisa com base na Teoria das Representações Sociais (TRS). A produção dos dados teve origem nas unidades de serviço especializados em HIV/aids, da cidade de Salvador-Bahia, mediante aplicação da técnica projetiva de associação livre de palavras, em 2015, com processamento no software EVOC, que permitiu uma análise com foco no núcleo central (NC). Os termos ‘aconselhamento e acolhimento’ constituem o NC para os profissionais de saúde; os termos ‘atendimento humanizado e prevenção’ formam o NC das enfermeiras e não destoam do grupo total, porém, o NC das médicas ‘luta e reconhecimento’ destoa dos demais. O termo educação-saúde presente em todos os NC confere homogeneidade intergrupala concretizando, talvez, uma incorporação do paradigma da promoção da saúde por parte das participantes da pesquisa.

INTRODUÇÃO

As relações de cuidado manifestam-se por meio de hábitos cotidianos, na família, no ambiente de trabalho e até mesmo entre pessoas estranhas. Desse modo, quando não se faz possível a garantia do cuidado pelo próprio indivíduo ou pelo seu entorno social, o cuidar profissional pode/deve ser acessado⁽¹⁾.

Este estudo sobre o cuidado em serviços de atenção especializada, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, pode promover reflexões a cerca das interações vivenciadas no ambiente profissional, possibilitando, o reconhecimento dos modos concretos de trabalho e dos processos que articulam a semelhança entre a objetividade do trabalho e a subjetividade particular de cada profissional incluído no grupo.

As representações sociais, da forma então proposta⁽²⁾, permitem entender a realidade mediante seu sistema de referências e, assim, as(os) profissionais podem adequar-se como sujeito. A representação sobre cuidar de pessoa com HIV/aids pode permitir aos profissionais de saúde, que ao conferirem um sentido aos seus procedimentos, seja possível determinar um lugar para si no mundo do trabalho em saúde.

A abordagem estrutural da representação social é específica no campo das representações sociais, sendo considerada como uma proposição teórico-metodológica complementar ao estudo de Serge Moscovici. Esta abordagem complementar propõe-se a apontar e analisar os processos que determinam as representações sociais como conjuntos sóciocognitivos organizados e estruturados em dois subsistemas: um sistema central e um sistema periférico⁽³⁾.

O núcleo central é caracterizado como rígido, estável e composto de elementos que dão sentido a outros núcleos mais flexíveis, denominados periféricos. A identificação do núcleo central e dos elementos periféricos sobre o cuidar de pessoas com HIV/aids para os profissionais de serviços de assistência especializada (SAE) e centro de testagem e aconselhamento (CTA) pode evidenciar os componentes cognitivos, afetivos e simbólicos edificados no cotidiano das relações pessoais.

A proposta de evidenciar a natureza do cuidado que envolve as práticas de cuidado a pessoa vivendo com HIV/aids, subjacentes a ação do trabalho em unidade de atenção especializada, denota a relevância do estudo, vez que, o modo como os profissionais cuidam reflete comportamentos e atitudes destes e dos grupos sociais de pertença.

As modificações no perfil epidemiológico da aids, assim como, as construções sociais e culturais atreladas a essa patologia e suas repercussões, certamente, influenciam nas prática de cuidados em saúde destinadas a pessoas infectadas pelo HIV/aids. Nesse contexto foi desenvolvida uma pesquisa norteada pela seguinte questão: Como os profissionais de saúde, no cotidiano dos serviços de atenção especializada, representam o cuidado a pessoas que vivem com HIV/aids? Os dados apresentados neste artigo buscam responder aos objetivos: apreender o conteúdo, a estrutura e, discutir os elementos constitutivos do núcleo central das representações sociais dos profissionais de saúde, das enfermeiras e médicas(os) em particular, acerca do cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualiquantitativa. Os dados apresentados constituem recorte de uma pesquisa desenvolvida com base na Teoria das Representações Sociais (TRS), em sua abordagem estrutural. A produção dos dados ocorreu no período de dezembro 2014 a fevereiro de 2015, mediante aplicação da técnica projetiva de associação livre de palavras (TALP) e processados pelo software EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations* – versão 2005) permitindo a análise do núcleo central.

O cenário do estudo foi constituído por quatro unidades SAE para pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), da cidade de Salvador-Bahia, sob gestão estadual e/ou federal. Foram investigados 73 profissionais, de nível superior que prestam assistência direta ao paciente/cliente, das seguintes categorias: enfermeiras(os) (23), médicas(os) (15) e entre as demais profissões (35). O número de investigados representa 97% do total de profissionais nestes serviços. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para a realização da coleta de dados: possuir nível superior e atuar no serviço há no mínimo um ano.

A coleta foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, sob parecer nº 874.468 de 17/11/2014. Toda(o)s participantes foram informado(a)s quanto aos objetivos da pesquisa e dos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade e concordaram em fazer parte do estudo.

Para identificação dos elementos ou conteúdos que integram a representação, valeu-se da técnica de associação livre de palavras (TALP) através do termo indutor “cuidar de pessoa com HIV/aids”. Foi solicitado a cada participante evocar até cinco palavras ou expressões que lhes advinham imediatamente à mente ao ouvir o estímulo referido. O registro foi feito pela pesquisadora em impresso próprio. Após o TALP, foram solicitadas informações acerca das características socioculturais de cada participante.

As evocações foram agrupadas por sentido, na etapa de padronização dos termos evocados, de forma a homogeneizar o conteúdo semântico, visando uma análise mais consistente. O material foi, então, tratado pelo software EVOC 2005 que calculou, para o conjunto dos *corpora*, as frequências simples de cada evocação, as ordens médias de evocação (OME) e a média das ordens médias de evocação. O programa SELEVOC possibilitou a desagregação em subgrupos intencionalmente reordenados e escolhidos por apresentarem maior número de participantes por categoria profissional.

Os dados foram avaliados a partir de sua distribuição no quadro de quatro casas. Essa técnica combina dois atributos relacionados às expressões evocadas, que são a frequência e a ordem em que foram evocadas e possibilita a distribuição dos termos produzidos segundo a importância atribuída pelos participantes. O quadro de quatro casas criado pelo EVOC apresenta um núcleo central, este traz em sua composição os elementos mais frequentes e com maior saliência, situados no quadrante superior esquerdo. O referido quadro demonstra os elementos intermediários ou 1ª periferia, situados no quadrante superior direito, os elementos de contraste (com baixa frequência, porém considerados importantes pelos sujeitos), situados

no quadrante inferior esquerdo, e os elementos periféricos da representação ou 2ª periferia (menos frequentes e menos importantes), localizados no quadrante inferior direito⁽²⁾.

Acentuamos que o TALP integrado às possibilidades da informática tornou-se uma ferramenta facilitadora para a análise da estrutura e da organização das representações sociais aventadas pelos diversos grupos profissionais e possibilitou maior objetividade na análise inferencial das representações investigadas⁽⁴⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização do perfil das(os) participantes, a elaboração dos quadros de quatro casas e a comparação dos núcleos centrais possibilitaram um juízo das estruturas representacionais de seus pensamentos como apresentado na metodologia. O *corpus* para a análise das Representações Sociais foi constituído pelas evocações em três situações distintas, conforme figura 1:

Grupos	Nº evocações	Nº evocações diferentes	OME	F mínima	F média	F acumulada
Profissionais de saúde (73)	342	102	2,9	4	9	64,6%
Enfermeira(23)	110	52	2,9	3	4	50,0%
Médicas(15)	67	44	2,8	2	3	58%

Figura 1: Grupos e sistematização dos dados estatísticos. Salvador, 2015.

Dentre os profissionais que participaram da pesquisa a maioria era do sexo feminino (90,4%), com mais de 35 anos (79,5%) e, destes, 17,9% têm mais de 55 anos. Em relação às categorias profissionais, 31,5% eram enfermeiras, 20,5 médica(o)s e 48,0% pertencentes às demais profissões participantes. Em relação ao tempo de atuação no programa de aids, 39,5 % tinham menos de cinco anos; 41,1%, entre seis e quinze anos e 19,4 % tinham mais de dezesseis anos de experiência, ou seja, os profissionais têm experiência, considerável, no atendimento à pessoas vivendo com HIV/aids.

O cruzamento entre frequência e hierarquização das evocações possibilita a formação de um quadro de quatro casas⁽⁵⁾, que expressa o conteúdo e a estrutura das representações sociais. A utilização destes quadro possibilitou a interpretação dos dados referentes a diferentes possibilidades, conforme os quadros apresentados neste artigo. O primeiro quadro, figura 2, apresenta a análise do conjunto das(os) profissionais investigadas(os).

Freq.Média	OME < 2,9			OME ≥ 2,9		
	Termo evocado	Freq	OME	Termo evocado	Freq	OME
≥ 9	acolhimento	20	2,600	ajuda	13	3,615
	aconselhamento	24	2,875	amor	12	2,917
	capacitação	16	2,750	compromisso	9	3,222
	educação-saúde	14	2,714	cuidado	11	3,455
< 9	atendimento-humanizado	8	2,250	aceitação	7	3,286
	atenção			adesão-tratamento	4	3,000
	cuidado-proteção	7	2,000	apoio-psicológico	4	3,250
	disponibilidade	6	2,667	empatia	5	3,400
	paciência	4	2,750	não-discriminação	4	3,500
	reconhecimento	8	2,250	prevenção	6	3,167
	respeito	7	2,571	solidariedade	7	3,286
		7	2,143	tratamento	6	3,000

Figura 2: Quadro de Quatro Casas ao termo indutor cuidar de pessoa com HIV/aids em ordem direta para todos os participantes estudados. Salvador, 2015.

Neste primeiro arranjo, figura 2, apresenta-se como os mais importantes componentes de acordo com suas hierarquias, os termos ‘aconselhamento e acolhimento’, que constituem provavelmente o núcleo central para o total de profissionais considerando o estímulo cuidar de pessoa com HIV/aids. A importância desses termos, também, se configura por suas saliências, sendo acompanhados pelos termos ‘capacitação e educação-saúde’. De modo, que o é possível afirmar, que o núcleo central é constituído por elementos funcionais.

Sendo o núcleo central (NC) resultado da memória coletiva e do sistema de normas ao qual certo grupo faz alusão, constitui-se em prescrições absolutas⁽⁶⁾. Nesta representação, o núcleo central reporta o cuidado com algo totalmente associado à Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde e a liga diretamente à possibilidade real de entendimento da aids como uma doença crônica.

Os termos evocados ‘aconselhamento’ e ‘acolhimento’, advém do discurso difundido através da PNH, e podem ser interpretados sob a perspectiva de que as pessoas adquirem um repertório comum de interpretações, regras e procedimentos que podem ser empregadas à vida cotidiana⁽⁷⁾. Ainda, nesse sentido, “as representações sociais têm como finalidade primeira e fundamental tornar a comunicação, dentro de um grupo relativamente não-problemática e reduzir o ‘vago’ através de certo grau de consenso entre seus membros”^(7:208) o que parece estar presente entre o grupo estudado.

No protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde para nortear a assistência a pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) são abordados vários aspectos da assistência, entre eles o aconselhamento pré e pós-testagem. A finalidade principal do aconselhamento é promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e os problemas. Em seu aspecto técnico, o aconselhamento torna-se um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das DST/HIV/aids, na medida em que propicia uma reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção, envolvendo assim o paciente e suas parcerias⁽⁸⁾.

O conteúdo apresentado no NC aponta na direção de um consenso embasado na normatização vigente e o predomínio de questões afetivas e funcionais (acolhimento). Além de fazer parte das tecnologias relacionais, o acolhimento, traz consigo grandes potencialidades capazes de desenvolver e fortalecer afetos no contexto da saúde, em especial no nível da atenção básica (GARUZI et al, 2014)

Os termos evidenciados apontam “instrumentos” (capacitação e educação-saúde) como possibilidades de enfrentamento ao fenômeno da aids. Considerando que as(os) profissionais tem a função de prestar cuidado ao sujeito sadio ou doente, família e comunidade, no desempenho de atividades para promoção, manutenção e recuperação da saúde, a revelação desse sentido pode interferir positivamente na adoção de condutas clínicas e/ou práticas de cuidado por parte das(os) profissionais aos usuários dos serviços de saúde especializados.

Capacitação e educação-saúde insurgem, no NC, como elementos de valorização das habilidades comunicativas que são cruciais no processo de cuidar, ao tempo que guardam estreita relação com a necessidade de competência técnica acerca de um conhecimento especializado.

Através dos elementos constituintes do NC da representação também é possível afirmar que os profissionais demonstram uma visão do cuidado a pessoa com HIV/aids, possivelmente, constituída após a introdução da terapia antirretroviral, o que, de fato, contribuiu para que a aids passasse a ser considerada uma doença crônica. Considerar a aids uma doença crônica significa que, se manejada e tratada de maneira adequada, é possível uma diminuição considerável de seu adoecimento e morte⁽⁹⁾.

A associação entre os termos constituintes do NC esclarece como se estrutura o conhecimento através do processo de objetivação, e como Moscovici denomina, tal esquema se torna o

núcleo figurativo da representação, ou seja, seu aspecto imagético⁽¹⁰⁾. No processo de objetivação do cuidado a imagem reflete um compasso entre o progresso dos conhecimentos científicos e as imagens constituídas nos espaços institucionais de saúde, participantes desse estudo.

As demais palavras que aparecem na primeira periferia (‘ajuda, amor, compromisso e cuidado’) revelam um posicionamento positivo frente ao fenômeno da aids no processo de cuidado. Os termos denotam aspectos de solidariedade e empatia diante do agravo, pelas pessoas envolvidas diretamente no cuidado e com apropriação intelectual das informações científicas sobre o objeto e que se coaduna com o contexto atual da aids, que a torna socialmente mais aceitável, como conhecimento reificado.

Os elementos constituintes da zona de contraste e da periferia mais distante, onde os termos evocados (‘atendimento-humanizado, paciência, respeito, aceitação e solidariedade’) possuem frequência baixa e alta OME, sendo evocados por um pequeno número de participantes, também reforçam o aspecto reificado que caracteriza a representação desses(as) trabalhadores(as) sobre cuidar de pessoa com HIV/aids. As evocações, ao contrário de uma possível oposição, amparam os elementos do núcleo central e, denotam características afetivas/subjetivas, possivelmente, advindas da prática cotidiana.

Vale salientar, que após o diagnóstico positivo para o vírus HIV, várias mudanças ocorrem na vida dos indivíduos. Com destaque para aquelas ligadas ao lazer, sexualidade, trabalho, relacionamentos e rotina diária⁽¹¹⁾. Entre estas, merece ser destacado, o isolamento social em razão do estigma é algo marcante em sua vida demandando da(o) profissional de saúde atitudes como paciência, respeito, aceitação e solidariedade, termos que estão presentes na representação do grupo estudado e reforçam uma atitude positiva por parte das(os) profissionais.

Neste estudo, um novo *corpus* foi processado pelo EVOC 2005, agora, com a seleção apenas das profissionais enfermeiras, esse subgrupo conformado pelo programa SELEVOC, e apresenta como elementos de sua representação os exibidos na figura 3:

Freq Média	OME < 2,9		OME ≥ 2,9			
	Termo evocado	Freq	OME	Termo evocado	Freq	OME
≥ 4	aconselhamento	7	2,571	acolhimento	5	3,200
	atendimento-humanizado	4	2,250	ajuda	5	3,400
	educação-saúde	5	2,600	capacitação	5	3,000
	prevenção	5	2,800	cuidado	4	3,250
< 4	adesão-tratamento	3	2,667	amor	3	4,000
	paciência	3	2,000	compromisso	3	4,000
				encaminhar	3	4,333

Figura 3: Quadro de Quatro Casas ao termo indutor cuidar de pessoa com HIV/aids em ordem direta para as enfermeiras estudadas. Salvador, 2015.

Entre as enfermeiras, a constituição do NC para o estímulo cuidar de pessoa com HIV/aids, apresenta os termos ‘aconselhamento, educação-saúde, prevenção e atendimento-humanizado’, este último como o mais saliente. O NC desta representação é muito semelhante ao do grupo que abarca todos os profissionais participantes do estudo, por exibir o cuidado como algo associado às políticas e suas normatizações, além do seu conteúdo predominantemente afetivo.

Na perspectiva da enfermagem, o cuidado requer escolher e abraçar uma atitude empática de pôr-se no lugar daquele que é cuidado⁽¹²⁾. No entanto, o cuidado pertence ao indivíduo, no sentido de assegurar a sua sobrevivência, cuidar, torna-se mais abrangente ainda, por ser uma necessidade de todas as espécies vivas. Frente à tão ampla definição, o exercício profissional dos prestadores de cuidado, do nascimento à morte, quando a família não possa ofertá-lo, torna-se imprescindível⁽¹⁾.

É necessário mencionar que, diante da epidemia da aids, (a)o profissional enfermeira(o) deparou-se, em sua prática cotidiana, com a inserção do(a) paciente soropositivo(a) ao HIV, sem que o(a) mesmo conhecesse e/ou compreendesse suas peculiaridades⁽⁶⁾. Os termos evidenciados no núcleo constituinte da representação das enfermeiras apontam também para ‘instrumentos’ (‘educação-saúde e prevenção’) utilizados no enfrentamento ao fenômeno da aids.

O ponto central a ser enfatizado no cuidado de enfermagem prestado não é o biológico, mas sim aquele que envolve a afetividade e a comunicação entre o ser cuidado e o cuidador⁽¹³⁾. Os elementos constituintes do NC das enfermeiras contrapõem-se ao estudo onde as representações sociais construídas pelos profissionais de enfermagem “influenciam as práticas

de cuidado, podendo expressar-se nas relações com os pacientes soropositivos ao HIV sob a forma de distanciamento físico e relacional”^(5:231).

As demais palavras que aparecem na primeira periferia (acolhimento, ajuda, capacitação e cuidado) dão sustentação ao conteúdo nuclear, reafirmando tanto a normatização quanto a possibilidade real de enfrentamento ao fenômeno da aids no cotidiano das unidades de referência. Os termos apresentam um sentido de solidariedade e compromisso. Corroborando, o paciente soropositivo requer do profissional que o mesmo o veja como um ser humano, que apesar de fragilizado, merece respeito e atenção⁽¹⁴⁾. O autocuidado deve ser trabalhado intensamente, no sentido de incentivar a autonomia e a autoestima da pessoa vivendo com HIV/aids.

Os elementos constituintes da zona de contraste (‘adesão-tratamento e paciência’) denotam uma preocupação com a terapêutica medicamentosa e a necessidade de compreensão especial com PVHA. Estudo evidenciou que entre os pacientes HIV positivos sintomáticos que faziam uso de antirretrovirais, 33,3% apresentaram ineficaz controle do regime terapêutico devido à complexidade do mesmo e déficit de conhecimento⁽¹¹⁾. Portanto, a adesão à terapia medicamentosa é algo que demanda atenção constante da equipe.

Ainda com relação ao elemento ‘adesão-tratamento’, este aponta para o compartilhamento da responsabilidade sobre o tratamento com a equipe multiprofissional e PVHA. Em movimento similar, o termo ‘paciência’ pode estar evidenciando que o tratamento deve estar focado na pessoa doente e não na doença da pessoa, demandando não só conhecimento técnico-científico.

Já a periferia mais distante, os termos evocados (‘amor, compromisso e encaminhar’) com frequência baixa e alta OME, apontam o sentido ontológico do cuidado para a profissão enfermagem, ao apresentar os termos (amor e compromisso) que constituem a filologia da palavra cuidado. Um estudo⁽¹²⁾ com enfermeiras sobre o significado do cuidado, apresentou entre os elementos nucleares o termo amor como organizador da representação, denotando uma clara resistência ao apelo da racionalidade biomédica e o afloramento da dimensão social e afetiva do cuidado.

Além disso, a que se considerar que o ato de cuidar se reveste de características, que ao longo da história da humanidade, foram descritas como femininas. Neste sentido, pondera-se, o cunho peculiar que o termo cuidado tem para a profissão de enfermagem, na qual a revelação

de elementos afetivos/positivos coaduna com o discurso assumido sobre o cuidado, como objeto de atuação da enfermagem, profissão eminentemente feminina, assim como, a amostra deste estudo.

Foi possível, ainda, uma terceira desagregação do *corpus* através do programa SELEVOC e formação de mais um subgrupo, composto apenas pelas(os) médicas(os) participantes do estudo, e que resultou na figura 4:

Frequência Média	OME < 2,8			OME ≥ 2,8		
	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥ 3	capacitação	3	2,667	acolhimento	3	3,333
	educação-saúde	3	2,333	aconselhamento	3	4,000
	luta	3	2,000	ajuda	3	4,000
	reconhecimento	3	2,333			
< 3	amor-trabalho	2	1,000	cuidado	2	3,000
	compromisso	2	2,000	medicamento	2	3,000
	dedicação	2	2,500	não-discriminação	2	3,500
	respeito	2	2,500	solidariedade	2	3,500
				tratamento	2	4,000

Figura 4: Quadro de Quatro Casas ao termo indutor cuidar de pessoa com HIV/aids em ordem direta das(os) médicas(os) estudados. Salvador, 2015.

Para este grupo profissional, o NC foi composto pelos termos ‘capacitação, educação-saúde, luta e reconhecimento’ ao utilizarmos o mesmo estímulo dos demais subgrupos. O núcleo central desta representação reporta o cuidado como ação direta, no sentido de que realizar atividades de capacitação e educação-saúde juntamente com o enfrentamento de uma “luta” cotidiana, como possibilidades de enfrentamento as dificuldades peculiares à aids e ainda obter reconhecimento social.

Os termos evocados, ‘luta e reconhecimento’, remetem, também aos primórdios da epidemia, onde as(os) infectologistas (maioria das(os) médicas(os) que compuseram o *corpus* deste estudo) tiveram um lugar de destaque no enfrentamento da aids. Vale salientar que a formação do médico privilegia a corrente ligada à tecnicidade centrada na doença e na hegemonia do saber e poder médico no contexto da assistência à saúde⁽¹²⁾. Ao aflorar a necessidade de luta e reconhecimento exteriorizam elementos que diferenciam suas representações das demais profissões por se distanciarem das questões normativas e subjetivas/afetivas.

O conteúdo apresentado no NC aponta em direção oposta ao grupo maior de profissionais e também, ao grupo das enfermeiras, principalmente por não apresentar um conteúdo composto

por elementos afetivos. Os termos evidenciados abalizam, com os anteriores, ‘instrumentos’ de enfrentamento ao fenômeno da aids, no entanto, a ideia presente no possível NC evocado pelas(os) médicas(os) através dos termos capacitação e educação-saúde pode estar ancorada nos pressupostos do modelo assistencial predominante no início do século XX, conhecido pelo caráter intervencionista e campanhista das práticas educativas em saúde.

Através dos elementos constituintes da representação ‘luta e reconhecimento’ também é possível afirmar que as(os) médicas(os) admitem uma visão do cuidado à pessoa com HIV/aids, possivelmente constituída após a introdução da terapia antirretroviral, no entanto, com necessidades de ajustes e confrontos. Em seu aspecto imagético, as(os) médicas(os) refletem a cadência entre os avanços dos conhecimentos científicos (‘aconselhamento, medicamentos’), no entanto, não abem mão de políticas mais efetivas e que possibilitem circunscrever a doença, detê-la e limitar seus prejuízos (‘luta’).

As demais palavras que aparecem na primeira periferia ‘acolhimento, aconselhamento, ajuda’ as aproximam do conjunto das(os) profissionais e da normatização vigente, denotando também um conteúdo afetivo. Confirma a importância de que nas interações sociais as(os) participantes com diferentes formas de conhecimento estão envolvidos, a exemplo, das relações entre as(os) profissionais de saúde e as pessoas que procuram os serviços. Reconhecendo que, de um lado, os profissionais com seu conhecimento científico e formal, do outro, a pessoa portadora de amplos conhecimentos sobre suas condições de vida, desejos e dificuldades, apresentam possibilidades reais de ajuda mútua nesta batalha.

Devido à crença na superioridade do conhecimento científico, as(os) profissionais desvalorizam ou não consideram as manifestações daqueles que necessitam do serviço⁽¹⁵⁾. Ao acessarem termos como ‘acolhimento, aconselhamento e ajuda’, as(os) médicas(os) apresentam um contraponto importante na relação médico-paciente, descrita na literatura, ou apenas revelam um discurso característico do sexo feminino, vez que a amostra constitui-se basicamente de médicas.

Os elementos constituintes da zona de contraste ‘amor-trabalho, compromisso, dedicação e respeito’ reforçam os elementos constituintes do núcleo central. Na periferia mais distante, onde os termos evocados ‘cuidado, medicamento, não-discriminação, solidariedade e tratamento’ se apresentam, torna visível atividades profissionais das(os) médicas(os) que, muitas vezes, são centradas no medicamento e tratamento, sem um lugar de destaque para o cuidado, no entanto, entre as(os) médicas(os), o termo cuidado, ao menos por um subgrupo,

entre elas, foi evocado. Assim, os elementos constituintes da representação social das(os) medicas(os) evidenciam transformações significativas que podem estar constituindo as práticas de cuidar destas profissionais ao longo da epidemia, sendo a aids ainda, uma doença incurável.

Teoricamente, as representações sociais bem consolidadas suportam a heterogeneidade, mas apenas em seus sistemas periféricos, não nos sistemas centrais. As representações das médicas apresentam heterogeneidade em seu NC.

Na teoria da abordagem estrutural, o núcleo central é “composto por um conjunto restrito de elementos que definem a representação social e a organiza”^(16;521). Para dois subgrupos, profissionais de saúde e enfermeiras, os elementos ‘acolhimento, aconselhamento, capacitação e educação-saúde’, definem os possíveis elementos da representação social.

Após a análise de cada subgrupo, foi construído um quadro que apresenta os elementos constituintes do núcleo central (NC) de cada um deles, conforme mostra a figura 5:

NC Todos		NC Enfermeiras		NC Médicas(os)	
OME < 2,9	F média ≥ 9	OME < 2,9	F média ≥ 4	OME < 2,8	F média ≥ 3
termo evocado	Freq OME	termo evocado	Freq OME	termo evocado	Freq OME
acolhimento	20 2,600	aconselhamento	7 2,571	capacitação	3 2,667
aconselhamento	24 2,875	atendimento-	4 2,250	educação-saúde	3 2,333
capacitação	16 2,750	humanizado		luta	3 2,000
educação-saúde	14 2,714	educação-saúde	5 2,600	reconhecimento	3 2,333
		prevenção	5 2,800		

Figura 5: Quadro demonstrativo dos Núcleos Centrais com o termo indutor cuidar de pessoa com HIV/aids em ordem direta. Salvador, 2015.

O modelo de investigação denominado Núcleo Central das Representações Sociais, proposto por Abric, permite demonstrar através de esquemas teórico-epistemológicos, como se estruturam as representações sociais de um determinado grupo estudado⁽¹⁷⁾. Nesses núcleos se encontram, de forma coesa, representações que tendem a operar sobre as demais um consenso catalizador, de forma a torná-las homogêneas.

Na análise do NC exposto pelo conjunto de profissionais participantes e entre as enfermeiras o termo ‘aconselhamento’ apresenta maior hierarquia. Chama atenção que no NC das médicas este termo não está presente. Para o conjunto dos profissionais que atuam em SAE, a

representação social de cuidar de pessoa com HIV/aids é organizada em torno de ‘acolhimento/aconselhamento e de educação-saúde’.

Os termos ‘atendimento-humanizado e prevenção’ que compõem o NC das enfermeiras, apesar de diferentes, não destoam do grupo geral, vez que o ‘atendimento-humanizado’ compõem o acolhimento e a educação-saúde compõem a prevenção. Assim, ‘aconselhamento, acolhimento, capacitação, educação-saúde, atendimento-humanizado e prevenção’, presentes como conteúdo e estrutura das representações destes dois subgrupos, indicam uma objetivação ancorada nos princípios normativos da política nacional de DST/aids, assim como na PNH.

‘Capacitação e educação-saúde’ igualmente compõem o NC das(os) médicas(os), contudo os termos ‘luta e reconhecimento’ significam uma oposição aos demais elementos descrito até aqui, e confirmam tanto uma complexidade própria desta representação (heterogeneidade do NC), quanto uma certa oposição à proposta normativa governamental. No entanto, ao apresentarem-se como profissionais que lutam contra a doença, as(os) médicas(os), estariam se relacionado com a doença, o que produziria, em contrapartida, certo afastamento da pessoa doente.

A análise prototípica com base no EVOC é um recurso prático que permite a identificação de compartilhamento acerca de elementos da representação mediante a utilização de padrões de consenso intragrupo quantitativo mais evidentes⁽¹⁶⁾. Ainda, quanto à variabilidade intergrupo acerca de uma representação social, ao realizarmos um estudo comparativo das zonas dos núcleos centrais de grupos diferentes acerca do mesmo objeto, como o proposto neste estudo, considera-se que dois, ou mais grupos têm representações diferentes quando seus núcleos centrais são diferentes.

Frente ao exposto, podemos afirmar que as(os) profissionais médicas(os) têm uma representação social de cuidar de pessoa com HIV/aids diferenciada dos(as) demais profissionais estudados(as), caracterizada como heterogênea e com configuração estrutural de menor dispersão, focada na doença. No entanto, análise de um grupo isolado pouco pode ajudar para entender o fenômeno das representações sociais, torna-se necessário incluir o contexto social em que grupo e objeto estão inseridos para assim produzir uma compreensão satisfatória do fenômeno⁽¹⁸⁾. Nessa acepção, as representações de um único e mesmo objeto social estão presentes em vários estados de elaboração em diferentes subgrupos e incluem aspectos diferenciados do objeto⁽¹⁹⁾.

Uma representação social enquanto uma rede de conceitos e imagens que interagem entre si, apresenta conteúdos que evoluem continuamente⁽⁷⁾. O termo educação-saúde é um importante elemento identificador do cuidado, principalmente na perspectiva do cuidado a pessoas que vivem com HIV/aids. De modo que, a presença do termo educação-saúde em todos os núcleos centrais confere estabilidade à representação, homogeneidade intergrupala e denota certa hegemonia da prevenção na prática de cuidado.

Considerações finais

As representações sociais das(os) profissionais de saúde sobre cuidar de pessoas com HIV/aids se constituem em sua essência na relação interpessoal e não nos meios utilizados na prática de cuidar como tratamento e as técnicas ou nas relações de trabalho profissional. De modo que podemos assegurar que o cuidar, aqui representado, está assentado no ponto de vista da articulação dos saberes, na integralidade, no acompanhamento individual das carências humanas e em aspectos normativos das políticas de saúde vigentes no país.

As semelhanças conceituais dos grupos de profissionais parecem indicar que essas categorias investigadas pertencem a grupos sociais semelhantes, que compartilham conteúdos representacionais entre si, propagando representações sociais similares, pois apresentam em seus presumíveis núcleos centrais ‘capacitação’ ‘educação-saúde’ e ‘prevenção e, estruturalmente, com pouca dispersão de temas.

Em relação à análise de atitudes, observa-se um predomínio total de atitudes positivas em todos os três núcleos centrais e ausência de grupo/subgrupo de oposição. Destaca-se o atributo ‘educação-saúde’ por sua uniformidade como conteúdo das representações sociais em todas as situações propostas. Com relação ao sistema periférico, não foi observado elementos característicos de zona de contraste.

O fato de educação-saúde ser estruturante da representação social de todos os grupos pressupõe um olhar mais atento para que esse importante processo no cuidado a PVHA não se limitem a iniciativas que visem apenas informar a população, mas que seja realmente um modelo social que conduz a práticas educativas libertadoras, concretizando-se como uma incorporação do paradigma da promoção da saúde por parte dos participantes da pesquisa.

Referências

- 1-Collière, M-F. Cuidar...A primeira arte da vida. LUSOCIÊNCIA, 2 ed. Parias, 2003.
- 2-Abric, JC. A zona muda das representações sociais. In: Oliveira DC, Campos PHF, Organizadores. Representações Sociais: uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro. Museu da República, 2005. P.27-38.
- 3-Santos, ÉI, Gomes, AMT, Oliveira, DC, Marques, SC, Bernardes, MMR, Felipe, ICV. Social representations about their own vulnerability developed by nurses caring for people living with HIV]. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 22, nov. 2014. mai/jun; 22(3):303-8. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13676/10469>>.
- 4-Sarubbi Junior, V.; et al. Tecnologias computacionais para auxílio em pesquisa qualitativa – Software EVOC. São Paulo: Schoba, 2013.
- 5-Oliveira, DC, Marques, SC, Gomes, AMT, Teixeira, MCTV. Análise das evocações livres: uma temática de análise estrutural das representações sociais. Perspectivas Teorico- Metodológicas em representações sociais. João Pessoa, Ed.itora Universitária UFPB, 2005. P. 573-603.
- 6-Formozo Gláucia Alexandre, Oliveira Denize Cristina de. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2010 Apr [cited 2014 July 22] ; 63(2): 230-237. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000200010&lng=en.
- 7-Moscovici, S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. 9ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2012.
- 8- Abrão, Fátima Maria S, Angelima, Rebeca CM, Cardosos, Mirian D, Queiroz, Síngora BA, Freitas, Rafaela MM, Oliveira, Denize Cristina. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/aids na cidade de Recife, Brasil. Rev. Baiana de Saúde Pública. v.38, n.1, p.140-154. jan./mar. 2014DOI: 10.5327/Z0100-0233-2014380100018.
- 9-Cohen MS, Gay CL. Treatment to Prevent Transmission of HIV-1. Oxford Journals. Clinical Infectious Diseases. 2010. Volume 50, Issue Supplement 3. Pp. S85-S95.

- 10-Jodelet, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: D. JODELET (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.p. 17-44.
- 11- Cunha Gilmara Holanda da, Galvão Marli Teresinha Gimenez. Nursing diagnoses in patients with Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency/Syndrome in outpatient care. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2010 [cited 2014 July 01] ; 23(4): 526-532. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000400013>.
- 12- Borges Moema da Silva, Queiroz Lilian Silva, Silva Hellén Cristina Pereira da. Social representations of caring and treating: the look of patients and professionals. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 Dec [cited 2014 April 20] ; 45(6): 1427-1433. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600021>.
- 13-Morais, GSN, Costa, SFG, Fontes, WD, Carneiro, AD. Communication as a basic instrument in providing humanized nursing care for the hospitalized patient. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2009 June [cited 2015 June 09] ; 22(3): 323-327. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000300014&lng=en.
- 14-Luz, PM, Miranda, KCL. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/Aids como forma de cuidar. *Ciência & Saúde Coletiva*. V.15 (supl. 1): 1143-48, 2010.
- 15-Bercini, LO, Tomanik, EA. Na teoria e na vida: saúde, ambiente e representações sociais. Maringá. Eduem, 2009.
- 16-Wachelke, J. Wolter, R. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Out-Dez 2011, Vol. 27 n. 4, pp. 521-526.
- 17-Sá, CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- 18-Sá, CP, Oliveira, DC, Castro, RV, Vetere, R, Carvalho, RVC. (2009). A memória histórica do regime militar ao longo de três gerações no Rio de Janeiro: sua estrutura representacional. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26, 159-171.

19-Wagner, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. Em P. A. Guareschi e S. Jovchelovitch. (Orgs.). Textos em representações sociais. 14 ed, Petropolis, RJ. Vozes, 2013

4.2 Representações sociais sobre HIV/aids e cuidado: análise fatorial de correspondência

O artigo Representações sociais sobre HIV/aids e cuidado: análise fatorial de correspondência foi elaborado a partir das instruções a(o)s autora(e)s para publicação e apresentação a(o)s editores do periódico Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia, disponíveis no link: http://www.temasempsicologia.org/conteudo/view?ID_CONTEUDO=27, acessado em abril de 2015.

Representações sociais sobre HIV/aids e cuidado: análise fatorial de correspondência

Social representations of HIV/AIDS and care: factorial analysis of correspondence

Representaciones sociales del VIH/SIDA y la atención: el análisis factorial de correspondencia

HIV/aids e Cuidado

Cleuma Sueli Santos Suto, Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Jeane Freitas de Oliveira, Professora, Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Mirian Santos Paiva, Professora, Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Autor para correspondência: Cleuma Sueli Santos Suto. Rua Paissandú, 41, Campo Limpo, Feira de Santana, Bahia, CEP 44034062. Telefone (75) 3224-7763. E-mail cleuma.suto@yahoo.com.br.

Apoio financeiro: FAPESB

Representações sociais sobre HIV/aids e cuidado: análise fatorial de correspondência**Social representations of HIV/AIDS and care: factorial analysis of correspondence****Representaciones sociales del VIH/SIDA y la atención: el análisis factorial de correspondencia****HIV/aids e Cuidado**

Resumo: Objetivou-se apreender o conteúdo das representações sociais de subgrupos de profissionais de saúde sobre HIV/aids e cuidado a pessoas com HIV/aids e, revelar aproximações, distanciamentos e variações intergrupais entre os elementos do campo representacional dessas/es profissionais. O estudo fundamentou-se na Teoria das Representações Sociais, com abordagens quantitativa e qualitativa. Foram coletadas evocações livres de 73 profissionais de quatro serviços públicos especializados em atenção a pessoas com HIV/aids, em Salvador-Bahia, submetendo-as à Análise Fatorial de Correspondência (AFC). O jogo de oposições entre os dois fatores evidenciou, no Fator 1, oposição entre tempo de atuação no serviço e anos de formação, no Fator 2, tipo de serviço e tempo de atuação. Apreendeu-se no universo semântico o estímulo HIV/aids (E1) como ‘Abandono’, ‘Degradação-física’, ‘Medicamento’, ‘Vulnerabilidade’ e ‘Luta’ e, o estímulo Cuidado a pessoa com HIV/aids (E2) como ‘Atendimento-humanizado’, ‘Aconselhamento’, ‘Educação’, ‘Conhecimento’, ‘Crescimento-pessoal’ e ‘Possibilidades’. As(os) profissionais referem-se ao E1 através de representações semelhantes à sociedade em geral e enfatizam aspectos negativos do fenômeno, diferentemente do E2 onde, sua representação, lhe confere caráter normativo, indicando atitudes e comportamentos socialmente construídos e aceitos como próprios de profissionais de saúde. Os resultados apreendidos delineiam convergências e divergências entre as representações sociais construídas pelos participantes desta pesquisa considerando as variáveis fixas.

Palavras-chave: Cuidado; HIV/aids; Profissionais de saúde; Representações sociais.

Abstract: This study aimed to learn the content of social representations of health professionals subgroups on HIV/AIDS and care for people with HIV/AIDS and reveal closer, distancing and intergroup variations between elements of the representational field of professionals. The study was based on the Theory of Social Representations, with quantitative and qualitative approaches. They were collected free evocations of 73 professionals from four public service specializing in attention to HIV/AIDS, in Salvador, Bahia, submitting them to the factorial analysis of correspondence (AFC). The game of oppositions between the two factors revealed in Factor 1, opposition between operating time in service and years of training, Factor 2, type of service and time of operation. He seized in the semantic universe stimulus HIV/AIDS (E1) as 'Abandonment', 'Degradation-physical', 'Medicine', 'Vulnerability' and 'Fight' and, Care stimulus the person with HIV/AIDS (E2) as 'Service-humanized', 'Counseling', 'Education', 'Knowledge', 'Possibility' and 'Growth-staff'. Professionals refer to E1 through representations like society in general and emphasize negative aspects of the phenomenon, unlike E2 where their representation confer normative, indicating attitudes and behaviors socially constructed and accepted as own health professionals. Results seized outline convergences and divergences between the social representations built by the participants in this study considering fixed variables

Keywords: Care; HIV/AIDS; Health professionals; social representations:

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo conocer el contenido de las representaciones sociales de los profesionales de la salud subgrupos sobre el VIH/SIDA y la atención a las personas con VIH/SIDA y revelar más cerca, distanciamiento y intergrupales variaciones entre los elementos del campo representacional de profesionales. El estudio se basó en la Teoría de las Representaciones Sociales, con los enfoques cuantitativos y cualitativos. Ellos fueron recogidos evocaciones libres de 73 profesionales entre cuatro de servicio público que se especializa en la atención al VIH/SIDA, en Salvador, Bahía, someterlos al análisis factorial de

correspondencia (AFC). El juego de oposiciones entre los dos factores revelados en el Factor 1, la oposición entre el tiempo de funcionamiento en el servicio y años de entrenamiento, el Factor 2, tipo de servicio y el tiempo de operación. Cogió en el universo semántico de estímulo del VIH/SIDA (E1) como ‘Abandono’, la ‘Degradación-física’, la ‘Medicina’, la ‘Vulnerabilidad’ y la ‘Lucha’ y Atención de estímulo a la persona con VIH/SIDA (E2) como ‘Atención-humanizado’, ‘Consejería’, ‘Educación’, ‘Conocimiento’, ‘Posibilidad’ y ‘Crecimiento-personal’. Los profesionales se refieren a E1 a través de representaciones como la sociedad en general y hacer hincapié en los aspectos negativos de este fenómeno, a diferencia de E2, donde su representación confieren normativa, indicando las actitudes y comportamientos socialmente construidas y aceptadas como profesionales de salud propios. Resultados incautaron convergencias contorno y divergencias entre las representaciones sociales construidas por los participantes en este estudio considerando variables fijas.

Palabras clave: Cuidado; VIH/SIDA; Profesionales de la salud; representaciones sociales.

Representações sociais sobre HIV/aids e cuidado: análise fatorial de correspondência

Introdução

No final na primeira década do século XXI, a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tornou-se mais preocupante nos subgrupos com maior susceptibilidade para infecção pelo HIV, que estão mais vulneráveis à aids e a outras DST, entre outros fatores, por ainda haver preconceito e estigma relacionados à transgressão moral (BRASIL, 2011).

Com relação aos grupos populacionais com mais de 18 anos, em situação de maior vulnerabilidade, estudos realizados em 10 municípios brasileiros entre 2008 e 2009 estimaram

taxas de prevalência de HIV de 5,9% entre usuários de drogas, de 10,5% entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e de 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2013). Alicerçados nesses resultados, verifica-se que a epidemia do HIV no Brasil está concentrada nas populações em situação de vulnerabilidade, por apresentarem as maiores prevalências da infecção quando confrontadas à população geral.

Outros aspectos desafiadores podem ser apontados no enfrentamento da epidemia, entre elas, as mudanças ocorridas nos comportamentos sexuais na contemporaneidade. O aumento do sexo casual e a redução no uso do preservativo configuram um cenário ainda mais desafiador para profissionais de saúde no manejo das doenças sexualmente transmissíveis na população sexualmente ativa (STRECK, 2012).

Se a vida humana implica relações intersubjetivas em seu cotidiano, tratando-se de DST/HIV/aids é preciso estar atento(a) para situações conflituosas, nem sempre explícitas e que podem dificultar o cuidado. Destarte, quando as pessoas vivenciam situações de ameaça a sua integridade física ou emocional, costumam ficar fragilizadas e, às vezes, não se sentem capazes de resolver solitariamente seus conflitos, necessitando claramente, dentre outras ações, da assistência do(a) profissional de saúde.

As necessidades de saúde expressam as carências de milhões de indivíduos e, também, simultaneamente, as necessidades coletivas. O processo de determinação das carências individuais pode ser uma experiência vivenciada com o grupo, ou seja, ter uma dimensão coletiva.

Para Cohen e Gay (2010), a terapia antirretroviral foi decisiva para que a aids passasse a ser configurada como uma doença crônica. Ao ser instituído a terapêutica, reconhecidamente, a probabilidade de adoecimento, transmissão do vírus e morte é reduzida consideravelmente.

Além da terapêutica medicamentosa, Leite e colaboradores (2010) propõem que o processo de construção de um modelo de cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) deve ter como características: o cuidado como competência, a atualização profissional e o conhecimento sobre os avanços no fenômeno da aids. As autoras apontam, ainda, que o modelo precisa enfatizar o profissional, o paciente e a patologia, devendo estar assentado na competência técnico/política/ética.

Nesse sentido, os(as) prestadores(as) de cuidado, dentre eles/elas enfermeira(o), tem que acompanhar os momentos de crise e, para tanto, enfrentam dificuldades relacionadas a: falta de tempo, número de pessoas a receber cuidado, predominância de exames médicos e gestão organizacional dos cuidados. Estas dificuldades reforçam, cotidianamente, a forma de prestar cuidado.

A visibilidade possível para o objeto de estudo HIV/aids através da interpretação dos discursos sociais torna-se provável com a TRS, vez que esta teoria permite compreender e discutir os intentos subjacentes dos atores individuais e coletivos, assim como suas crenças e intenções expostas através de seus discursos racionais (SPINK, 2013).

Tornar o desconhecido conhecido e, possibilitar a comparação e a interpretação dos fatos, é o que acontece na elaboração de uma representação social ao envolver dois processos centrais: ancoragem e objetivação (SÁ, 1998). Trazer os novos elementos de saber para as categorias e as imagens conhecidas significa que foi ancorado o desconhecido em representações e conhecimentos já existentes. O outro processo, a objetivação, consiste em uma operação mental, através da qual se dá uma forma específica de conhecimento, tornando o objeto desconhecido em concreto e materializando a palavra (OLIVEIRA, 2005).

Assim, conhecer as elaborações mentais e estratégias de ação dos profissionais envolvidos diretamente no cuidados a pessoa vivendo com HIV/aids, é um elemento valioso para

reconhecer os nexos entre as práticas de cuidado e o contexto cultural vivenciado pelos profissionais de saúde acerca da problemática da aids e, conseqüentemente, seu impacto sobre as práticas do cuidado.

O estudo se justifica, também, pela possibilidade de propiciar crescimento teórico-prático, com realização acadêmica, profissional e pessoal; por existir um interesse em observar as possíveis transformações do ato de prestar cuidado a pessoa vivendo com HIV/aids e como são representadas as prática cotidiana do cuidado realizado pelos(as) profissionais de saúde em suas unidades de atuação.

Então, compreender as representações sociais deste(a)s profissionais no processo de enfrentamento da epidemia poderá contribuir para a transformação dessa realidade, na medida em que, possibilita uma reconstrução do modo de pensar e fazer de indivíduos que participam diretamente da assistência em serviços especializados no município de Salvador. O artigo tem como objetivos apreender o conteúdo das representações sociais de subgrupos de profissionais de saúde sobre HIV/aids e cuidado a pessoas com HIV/aids e, revelar aproximações, distanciamentos e variações intergrupais entre os elementos do campo representacional dessas/es profissionais.

Metodologia

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Os dados analisados advêm do banco da dissertação intitulada: Representações sociais de profissionais de saúde sobre a aids e as práticas do cuidado em hiv/aids, a partir de um estudo descritivo com abordagens qualitativa e quantitativa.

A TRS pode ser definida como um conjunto de conceitos articulados, que têm origem nas práticas sociais e diversidades grupais, cujas funções são dar sentido à realidade social, produzir identidades, organizar as comunicações e orientar as condutas (SANTOS;

ALMEIDA, 2005). Moscovici (2012, p. 67) afirma que o “propósito de toda representação é tornar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, familiar”.

A Teoria das Representações Sociais é considerada um campo fértil para os estudos relacionados com o processo saúde-doença por evidenciar a complexidade das relações entre os fatores biológicos e sociais ao explorar a relação entre o saber oficial e senso comum.

A coleta de dados da dissertação ocorreu em quatro serviços públicos especializados em atenção às pessoas com HIV/aids no estado da Bahia, na cidade de Salvador. Para a fase da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) participaram da pesquisa 73 profissionais de saúde, escolhidos aleatoriamente, com tempo de formação e de atuação no serviço a mais de um ano. As palavras evocadas através do TALP e hierarquizadas foram submetidas à análise fatorial de correspondência (AFC), por meio do software Tri-deux-Mots.

O software pode ser livremente reproduzido e realiza a análise fatorial e um tratamento de dados quali-quantitativos através de uma série de técnicas específicas para a análise dos dados sociológicos, permitindo a apreensão dos processos sociocognitivos que baseiam a edificação de uma representação social. Além disso, possibilita a análise estatística nas pesquisas em ciências sociais. Este pacote estatístico tem apresentado fidedignidade e valor preditivo às pesquisas ancoradas nas abordagens psicossociais (COUTINHO, NÓBREGA e ARAÚJO, 2011).

A AFC constitui-se em uma técnica estatística descritiva multivariada que evidencia as afinidades entre certas linhas e colunas de uma matriz de dados e que se baseia na hipótese da independência entre as linhas e as colunas dessa mesma tabela (OLIVEIRA; AMÂNCIO, 2005). Também considerado um método estatístico de análise de dados que permite demonstrar os vínculos existentes entre as diferentes variáveis e visualizar como se estruturam

e se organizam os dados coletados na pesquisa, fornecendo assim, uma multiplicidade de informações ao(a) pesquisador(a) (COUTINHO; NOBREGA; ARAÚJO, 2011).

O gráfico resultante da análise estatística revela as aproximações e oposições dos fatores analisados e, assim, permite demonstrar as inter-relações existentes em cada um dos conjuntos dessas variáveis (OLIVEIRA; AMÂNCIO, 2005). Ainda, “revela o jogo de oposições que são evidenciadas pelos sujeitos nas respostas aos estímulos indutores, favorecendo a identificação das representações sociais nele contido” (PAIVA; AMÂNCIO, 2004, p. 6).

As variáveis foram definidas no desenho do estudo e se constituem por categoria profissional, tempo de formação, anos de atuação profissional e tipo de serviço, também chamadas variáveis fixas, enquanto que as variáveis de opinião são compostas pelos elementos da representação evocados a partir dos dois termos indutores: HIV/aids (E1) e cuidado a pessoa com HIV/aids (E2).

O gráfico fatorial foi interpretado a partir do significado exposto na tabela de contingência fornecido pelo programa e contém as evocações e as características dos (as) participantes da pesquisa, além de mostrar as estruturas constituídas de elementos do campo representacional, ou seja, a atração e o distanciamento entre as variáveis fixas e de opinião (COUTINHO; NOBREGA; ARAÚJO, 2011).

A pesquisa foi desenvolvida com base nas normas e diretrizes da pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/12 e aprovada pelo comitê de ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob o número 874468/2014.

RESULTADOS

A análise fatorial de correspondência possibilitou compreender a realidade cotidiana dos profissionais de saúde que atuam, no dia-a-dia das unidades de referência, ancoradas no seu contexto social e cultural. Assim, buscou-se articular o perfil sociodemográfico, sua pertença e interação no grupo social.

No perfil dos(as) participantes destaca-se quanto à idade, que 61,6% da amostra se encontravam na faixa etária entre 35 e 55 anos e 66 (90,4%) eram do sexo feminino. Das participantes, 19,4% tinham entre 1 e 5 anos de formadas e 16,4% tem pós-graduação stricto sensu. Ressalta-se que 41% atuavam no programa de aids entre 6-15 anos e 14% há mais de 15 anos.

O resultado do TALP aplicado aos 73 profissionais, a partir de 2 estímulos, verificou que foram evocadas 676 palavras, das quais 59 foram diferentes. O primeiro fator (F1) explica 45,9 % da inércia total e possui valor próprio de 0,076457; o segundo fator (F2) explica 31,4% da inércia total, com valor próprio de 0,045841, somando os dois fatores, obteve-se 77,3% de significância, superando, o valor mínimo esperado nos estudos de representações sociais (15%). .

Na análise do gráfico 1, resultante dos dados processados pelo software Tri-deux-Mots, o Fator 1, horizontal e em negrito, explica a porção maior e mais importante de informações sobre os dados, sendo complementado pelas informações fornecidas no Fator 2. Por meio do software utilizado para a análise fatorial de correspondência, foram colocadas em oposição as variáveis fixas tempo de formação, anos de atuação, categoria profissional e tipo de serviço. Cada estímulo indutor foi identificado com um algarismo localizado no final das palavras, assim, número 1 para 'HIV/aids' e 2 para 'Cuidar de pessoas com HIV/aids', como pode ser visualizado na figura 1.

O tratamento dos dados foi efetuado tomando como referência a frequência igual ou superior a 4 (quatro) para evocações de um mesmo estímulo indutor, analisado a partir da leitura das modalidades – evocações distribuídas de maneira oposta sobre eixos ou fatores - F1 e F2, e o mapa fatorial determinado pelas respostas mais frequentes e relevantes aos estímulos indutores. A análise foi baseada nas palavras evocadas ou representadas, configuradas no gráfico nos dois eixos ou fatores opostos e que apresentam um número correspondente ao estímulo.

Na Figura 1, pode-se observar, o fator 1 (F1), em **negrito**, na linha horizontal, este traduz as mais fortes palavras ou expressões evocadas pelos profissionais de saúde. Já no fator 2 (F2), em *itálico*, linha vertical do gráfico estão as palavras de menor contribuição. As expressões ‘1-9 anos de atuação’, ‘10-20 anos de atuação’, ‘mais de 20 anos de atuação’, ‘Ambulatório hospitalar’, ‘SAE’, ‘6-10 anos de formação’ e ‘mais de 10 anos de formação’ referem-se às variáveis fixas, que no processamento dos dados pelo software se apresentaram como sendo relevantes.

As palavras correspondem às variáveis de opinião e tiveram sua definição em **negrito** para F1 e *itálico* para F2, de acordo com a contribuição para o fator (CPF) descrito pelo software. As palavras que contribuíram com os dois fatores se apresentam com sua grafia metade em **negrito** e metade em *itálico*.

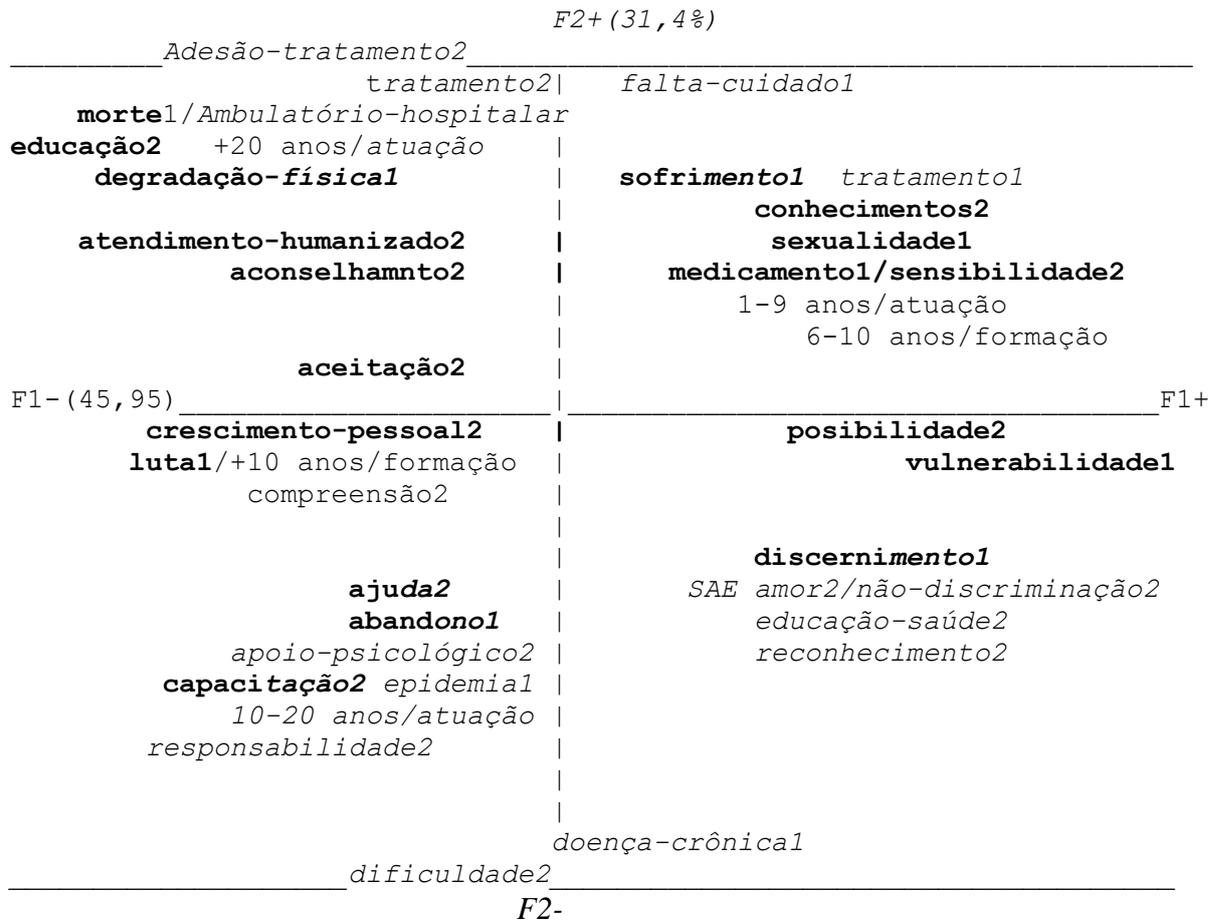


GRÁFICO 1 – Representação gráfica (Fatores 1 e 2) da AFC das RS de profissionais de saúde sobre HIV/aids e Cuidado a pessoa com HIV/aids – Salvador-Bahia, 2015.

Fonte: Tri-duex-Mots 2.2

LEGENDA:

PLANO FATORIAL		VARIÁVEIS DE OPINIÃO	
Fator 1 (F1), em negrito, localiza-se no eixo horizontal à esquerda e à direita. Fator 2 (F2) em <i>italico</i> , localiza-se no eixo vertical superior e inferior.		Estímulos indutores	
		1-HIV/aids (E1) 2-Cuidar de pessoa com HIV/aids (E2)	
VARIÁVEIS FIXAS			
Profissão	Tempo de formação	Tempo de atuação	Tipo de serviço
1-Enfermeira	1-até 5 anos	1-até 9 anos	1-SAE
2-profissionais da área de saúde	2-6 à 10 anos	2-1- à 20 anos	2-CTA
3-profissionais da área de humanas	3-mais de 10 anos	3-mais de 20 anos	3-Ambulatório hospitalar

A análise fatorial de correspondências enquanto análise exploratória e descritiva é adequada para investigar a associação de variáveis nominais, que também pode ser efetuada tanto com

respostas discursivas quanto com evocações livres, como foi o caso deste estudo. Para Wachelke e Camargo (2007) seu intento é sintetizar tabelas de contingência, abreviando o volume de dados a uma quantidade reduzida de fatores (eixos), com segmentação das variáveis de análise em dois pólos. Por meio da AFC chega-se a padrões de agrupamento e oposição das variáveis, especificando os critérios de segmentação dos elementos contidos nas respostas.

Em representações sociais, os fatores da AFC podem ser explicados como princípios que organizam e distinguem elementos da representação social para os grupos considerados, sendo ideal para verificar diferenças no campo da representação incluindo indivíduos com características diferentes, ou mesmo pertencentes a grupos diferentes (OLIVEIRA; AMÂNCIO, 2005).

Com referência ao gráfico 1, o fator 1 é considerado o mais importante, uma vez que nele se concentram as informações de maior valor estatístico sobre o objeto estudado (45,9%). O software permitiu identificar neste fator em seu lado esquerdo (F1-), o conteúdo semântico das representações sociais elaboradas pelos profissionais com mais de vinte anos de atuação profissional e mais de dez anos de formação. O HIV/aids (E1) é representado por esses grupos como doença caracterizada pela ‘degradação física, abandono, morte e luta’. As representações relativas ao cuidar de pessoa com HIV/aids (E2) para esse grupo de profissionais são objetivadas em ‘aconselhamento, educação, capacitação, ajuda, aceitação e atendimento-humanizado’.

Para este fator também contribuíram, em seu lado direito (F1+), os profissionais com menor tempo de atuação (1-9 anos) e formação entre seis e dez anos. Para estes profissionais o E1 é representado pelos termos ‘sofrimento, discernimento, vulnerabilidade, sexualidade e

medicação’ e, cuidar de pessoas vivendo com HIV/aids está objetivado em ‘conhecimento, sensibilidade, compreensão e possibilidades’. O Fator 1 encontra-se sintetizado na figura 1.

Figura1- Quadro síntese das oposições situadas no Fator 1.

Subgrupo	HIV/aids	Cuidar de pessoas com HIV/aids	Fator 1
1-mais de 20 anos de atuação profissional 2-mais de 10 anos de formação.	Degradação-física Abandono Morte Luta	Aconselhamento Educação Capacitação Ajuda Aceitação Atendimento-humanizado	F1+
1- 1-9 anos de atuação 2- 6-10 anos de formação	Sufrimento, Discernimento, Vulnerabilidade, Sexualidade Medicação	Conhecimento Sensibilidade Compreensão Possibilidades’.	F1-

O fator 2, com valor estatístico de 31,4%, permitiu-nos identificar em sua parte superior (F2+) o conteúdo semântico das representações sociais dos profissionais que trabalham em serviços ambulatoriais ligados à unidades hospitalares, que representam o E1 com ‘falta de cuidado, degradação-física, sofrimento, tratamento e morte’. No que se refere ao cuidar de pessoas com HIV/aids (E2), foram evocadas as palavras ‘tratamento e adesão ao tratamento’.

No F2-, localiza-se o grupo formado por profissionais que atuam entre dez e vinte anos com pessoa vivendo com HIV/aids e que desenvolvem suas atividades no SAE. Para estes profissionais, o HIV/aids é uma ‘epidemia’ que leva ao ‘abandono’, requer ‘discernimento’ e é uma ‘doença crônica’. Entretanto, referem que cuidar de pessoas com HIV/aids é uma ‘dificuldade’, requer ‘responsabilidade’, carece de ‘capacitação, ajuda e reconhecimento’, deve promover ‘apoio psicológico, educação em saúde e tratamento’ e ser prestado com ‘amor e sem discriminação’.

Figura 2 - Quadro síntese das oposições situadas no Fator 2.

Subgrupo	HIV/aids	Cuidar de pessoas com HIV/aids	Fator 2
1- Serviços ambulatoriais ligados à unidades hospitalares	Falta de cuidado Degradação-física Sofrimento Tratamento Morte	Tratamento Adesão ao tratamento	F2+
1- 10-20 anos de atuação 2- SAE	Epidemia Abandono Discernimento Doença crônica	Dificuldade Responsabilidade Capacitação Ajuda Reconhecimento Apoio psicológico Educação em saúde Tratamento Amor Sem discriminação	F1-

DISCUSSÃO

Encontramos neste universo semântico termos em oposição e que traduzem o HIV/aids na perspectiva contemporânea ‘tratamento’, ao mesmo tempo evocada como ‘epidemia e morte’; que remetem aos primórdios da aids. Já cuidar de pessoas com HIV/aids apresenta-se, linearmente, independente de tipo de serviço, tempo de atuação ou de formação, como atendimento humanizado e sensível, que requer conhecimento, capacitação e valoriza as ações educativas e a terapêutica medicamentosa.

A representação demonstrada no F1- pelos profissionais com maior tempo de formação e também de atuação, enfatizam aspectos negativos relacionados ao HIV/aids, compatíveis com o início da epidemia. Foram evocados termos como ‘degradação física, abandono e morte’, e que ainda se faz necessário muita ‘luta’ para vencer a batalha.

Este resultado chama atenção, uma vez que estes profissionais podem ser considerados e/ou caracterizados como os mais experientes, ou com maior prática de cuidado. Nesse sentido, a elaboração das representações sociais se produzem, a partir das vivências dos partícipes de

um grupo e, para Barcini e Tomanik (2009), as RS só podem ser compreendidas inteiramente se forem analisadas em conjunto com as condições de vida do mesmo.

Para Cibois (1983) o aumento ou decréscimo significativo de menção de vocábulos atrelado a uma determinada variável fixa, permite inferir acerca de mudanças na ativação de elementos da representação em questão, ou mesmo, num caso extremo, pode-se tratar da ativação de outra representação.

A representação de cuidar de pessoa vivendo com HIV/aids, para o grupo com maior experiência, utiliza-se de termos que denotam aspectos positivos e valorização normativa como: ‘aconselhamento, aceitação, ajuda, educação e compreensão’. A representação de cuidar responsabiliza diretamente o profissional de saúde, como principal ator do cuidado prestado, isentando de certo modo o sistema de saúde. Essa estrutura representacional pode estar relacionada à campanha da Política Nacional de Humanização, atualmente massificada na rede de serviços de saúde do SUS.

O atendimento humanizado e aconselhamento presentes na representação relacionam-se também ao desejo pessoal dos profissionais de saúde em oferecerem uma assistência que contenha em si implicação da PNH. Vale salientar que para que exista o processo de humanização do cuidado é necessário criar meios de transformar o processo e as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Já os profissionais com menor tempo de formação e atuação (F1+) representam o HIV/aids por duas vertentes importantes, tanto na compreensão do fenômeno, quanto em seu enfrentamento, ao objetivarem-no nos termos ‘sexualidade e medicamento’. No entanto, também revelam aspectos negativos referentes a percepção do fenômeno como ‘sofrimento e vulnerabilidade’ além de alertar para necessidade de ‘discernimento’ profissional para lidar cotidianamente com a aids.

Para tais profissionais, o cuidar de pessoa vivendo com HIV/aids é representado por ‘conhecimento’ acrescido de ‘sensibilidade’. Ressaltamos a importância apresentada nos estudo de Hita (2013) ao revelar que as atividades de prevenção desenvolvidas na Bolívia desconhecem o conteúdo e a forma de compreensão da sexualidade dos principais grupos nos quais a epidemia encontra-se centrada, contribuindo, assim, para insuficiência da ação.

Em relação ao termo ‘conhecimento’, para Nascimento e colaboradores (2013), o mesmo possui uma associação com a dimensão atitudinal do cuidado, de modo que os profissionais de saúde que vivenciam o cuidado em situações específicas necessitam de uma observação crítica e ágil para direcionar a assistência com base na cientificidade.

Com relação ao F2, também é possível uma associação considerando os profissionais representados na parte superior do gráfico em oposição aos dois grupos representados na parte inferior. Os profissionais de serviços ambulatoriais ligados à unidades hospitalares e únicos na parte superior do F2+, representam o E1 com ‘degradação-física, sofrimento, falta de cuidado, morte’, porém, ressaltam que existe ‘tratamento’ e o E2 como ‘tratamento e adesão ao tratamento’. Tais conteúdos podem ser reflexos do cenário de atuação dos profissionais.

Em oposição direta estão as(os) profissionais com tempo intermediário de atuação (10 a 20 anos) e as(os) que atam em SAE, representando o E1 como ‘abandono, epidemia e doença crônica’ que requer ‘discernimento’. Esse conteúdo representacional pode está diretamente ligado as crescentes demandas enfrentadas por este grupo profissional no cuidar de pessoa com HIV/aids, que ampliaram as possibilidades e forma de tratamento com a disseminação da terapia antiretroviral (TARV).

Cuidar de pessoa vivendo com HIV/aids para estes grupos, apesar das ‘dificuldades’ pode levar ao ‘reconhecimento’ profissional se for efetivado com ‘responsabilidade, amor, não

discriminação, apoio psicológico' e embasados em investimentos na 'educação para saúde', denotando aspectos positivos e disposição para o enfrentamento da problemática da aids.

Entretanto, nem sempre as condições de trabalho oferecidas são adequadas ao desenvolvimento das diversas atividades necessárias para atender a demanda de pessoa vivendo com HIV/aids como alerta Formoso e Oliveira (2010), especialmente em instituições públicas. Possivelmente, sejam também a estas dificuldades que os profissionais que atuam em SAE estejam expondo.

A leitura dos dados revelada no F1 permite inferir que a experiência profissional, no caso do cuidado especializado a população específica, por um longo período, carrega as vivencias iniciais e negativas da epidemia para os dias atuais, e podem, de certa forma, estar se refletido nas práticas cotidianas destes.

No que concerne aos profissionais recém-chegados á prática profissional com pessoa vivendo com HIV/aids ou com menor tempo de formação, a presença de 'sensibilidade' e abertura para as questões relevantes deste fenômeno como, 'sexualidade e as vulnerabilidades', denotam possibilidades concretas de práticas de cuidado mais efetivas e ou transformadas.

A leitura dos dados em F2, para profissionais ligados a instituições hospitalares, aponta como possibilidade de atuação, basicamente, o 'tratamento'. Em caso de insucesso no tratamento os únicos caminhos a serem percorridos pelas pessoas vivendo com HIV/aids são o 'sofrimento e a morte'.

Para Abrão e colaboradores (2014) a atuação dos profissionais de saúde na promoção da adesão à terapia antirretroviral é essencial, tendo em vista que agem como facilitadores no acompanhamento e identificação de fatores alistados às fragilidades e falhas da adesão. No

estudo dessas autoras, realizado em Recife, somente um dos SAE realiza atividades com grupos de adesão. Tal realidade pode, talvez, ser encontrada em outras capitais do nordeste.

Nascimento e colaboradores (2013), ao estudar representação social de profissionais que atuam em unidade móvel de urgência, identificaram os elementos sofrimento e morte, e os classificou em uma dimensão imagética da representação do cuidado à pessoa em risco de vida como um atributo negativo. Os profissionais que atuam em unidades ligadas a hospitais esboçaram uma representação semelhante, possivelmente por compreendem seu desempenho como não resolutivo, e admitirem a existência de entraves humanos e tecnológicos no cuidado pessoa vivendo com HIV/aids, além do próprio sofrimento do paciente.

Ainda com relação ao F2, apesar de se encontrarem em oposição direta, os profissionais com tempo médio de atuação e os que desenvolvem suas atividades em SAE, demonstraram claramente a necessidade de envolvimento do(a) cuidador(a) com o ser cuidado, amando-os e responsabilizando-se, e evidenciando que cuidar de pessoas com HIV/aids constitui atividade que exigem ‘responsabilidade’, ‘amor’ e ‘não-discriminação’ dos profissionais que ali atuam.

Considerações finais

Considera-se que os resultados apreendidos delineiam convergências e divergências entre as representações sociais construídas pelos participantes desta pesquisa considerando as variáveis determinadas pelas pesquisadoras. Os conteúdos das representações sociais elaboradas pelos profissionais refletem signos figurativos referendados no saber reificado e no saber comum.

A análise fatorial de correspondência possibilitou uma síntese das representações sociais de subgrupos formados em oposição aos fatores 1 e 2 e, contribuíram com a constituição da representação social do grupo de profissionais de saúde totalizante da amostra.

Na AFC foram consideradas significantes as variáveis fixas tempo de formação, tempo de atuação e tipo de serviço em que a(o) profissional atuava, não havendo, portanto, significância o tipo de profissional, se enfermeira(o), profissional de saúde ou profissional da área de humanas. O destaque que foi dado a(o) enfermeira(o), que foi retirada da categoria de profissionais de saúde, se deveu ao fato de buscar investigar esta(e) profissional, em especial.

Ressalta-se, ainda, que houve, no plano fatorial 2, uma oposição entre profissionais que atuam em ambulatórios hospitalares e os que atuam em serviços ambulatorial especializado (SAE), ambos aliados ao tempo de atuação nestes serviços, enquanto que o trabalho em centro de testagem e aconselhamento (CTA) não apresentou significância diante do percentual total de respostas, assim como, ocorreu com o tempo de formação de 1 a 5 anos.

Esses resultados geram a necessidade de despertar a reflexão dos profissionais com maior experiência no grupo estudado para que, em grupo, desenvolvam estratégias de trabalho voltadas para o momento atual da epidemia da aids, defendendo um modelo de prática que considere o caráter dinâmico do enfrentamento dos cotidiano do HIV/aids. A reflexão sobre as práticas de cuidado contribuirão, de certo modo, na elaboração de políticas de gestão de pessoas que respeitem a especificidade, subjetividade e complexidade de ser profissionais de saúde que atuam em unidades especializadas.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano VIII - nº 1 - 27^a a 52^a - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010. Ano VIII - nº 1 - 01^a a 26^a - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - Brasília – DF, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013. ISSN: 1517-1159 - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - Brasília – DF, 2013.

Streck, VS. A feminilização do HIV/AIDS: Narrativas que interpelam as estruturas de poder na sociedade e igreja. Estudos Teológicos. São Leopoldo. V.52, n.2, p. 345-56, jul-dez, 2012.

Cohen MS, Gay CL. Treatment to Prevent Transmission of HIV-1. Oxford Journals. Clinical Infectious Diseases. 2010. Volume 50, Issue Supplement 3. Pp. S85-S95.

Leite, JL, Carvalho-Dantas, C de, Lorenzini-Erdmann, A, Lima, SBS, Oliveira-Barros, P de. Delineando um modelo de cuidado a partir del análisis sistemático de la actividad diaria del enfermero em um hospital universitário de Rio de Janeiro. AQUICHAN. Chía, Colombia, Año 10, v.10, n.2, 2010. P.146-156.

Spink, MJ. Desenvolvendo as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Textos em representações sociais/ Pedrinho A. Guareschi e Sandra Jovchelovitch (orgs.). 14ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

Sá CP. A construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

Oliveira DC, Gomes AMT, Marques SC. Análise estatística de dados textuais na pesquisa das representações sociais: alguns princípios e uma aplicação no campo da saúde. In: Menin MSS, Shinezu AM, Organizadoras. Experiência e representações sociais: questões teóricas e metodológicas: São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 157-200.

Santos MFS, Almeida LM. (Org.) Diálogos com a teoria da representação social. Recife. Ed. Universitária UFPE, 2005.

Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. 9ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2012.

Coutinho MPL, Nobrega SM, Araújo LS. *Software TRIDEUX- Uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisa em representações sociais*. IN: Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas. Maria da Penha de Lima Coutinho, Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva (orgs). João Pessoa. Editora Universitária, 2011.

Wachelke JFR, Camargo BV. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* - 2007, Vol. 41, Num. 3 pp. 379-390.

Oliveira A, Amâncio L. A análise factorial de correspondências no estudo das representações sociais – as representações sociais do suicídio na adolescência. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (Org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB, 2005. p. 323-362.

Paiva MS, Amâncio L. Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de gênero para Sida/Aids entre jovens universitários: estudo comparativo Brasil Portugal. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 5., 2004, Lisboa. Anais Lisboa, 2004.

Bercini LO, Tomanik EA. Na teoria e na vida: saúde, ambiente e representações sociais. Maringá. Eduem, 2009.

Cibois, P. (1983). *L'analyse factorielle*. Paris: PUF.

Hita SR. Problemas metodológicos em las investigaciones sobre VIH/SIDA em Bolívia. *Ciências & Saúde Coletiva*, 18(5):1321-29, 2013.

Nascimento KC, Gomes AMT, Erdmann AL. A estrutura representacional do cuidado intensivo para profissionais de Unidade de Terapia Intensiva móvel. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(1):176-84. www.ee.usp.br/reeusp. Formozo GA, Oliveira DC. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2010 Apr [cited 2014 July 22]; 63(2): 230-237. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000200010&lng=en.

Abrão FMS, Angelima RCM, Cardosos MD, Queiroz SBA, Freitas RMM, Oliveira DC. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/aids na cidade de Recife, Brasil. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. v.38, n.1, p.140-154. jan./mar. 2014 DOI: 10.5327/Z0100-0233-2014380100018.

4.3 Índices e estrutura representacional de profissionais de saúde sobre HIV/aids e cuidado

O artigo Índices e estrutura representacional de profissionais de saúde sobre HIV/aids e cuidado foi elaborado a partir das instruções a(o)s autora(e)s para publicação e apresentação a(o)s editores do periódico Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, órgão oficial de publicação de comunicação científica mantido pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), disponíveis no link: <http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/>, acessado em abril, 2015.

Índices e estrutura representacional de profissionais de saúde sobre HIV/aids e cuidado

Indexes and representational structure of health workers on HIV/AIDS and care

Índices y estructura de representación de los trabajadores de salud sobre el VIH/SIDA y la atención

Resumo: Objetivou-se apreender o conteúdo e a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde sobre o HIV/aids e o cuidado a pessoa com HIV/aids e, comparar os índices de diversidade e de raridade. O artigo constitui um recorte de pesquisa desenvolvida com base na Teoria das Representações Sociais (TRS) em quatro unidades de serviço especializados em HIV/aids, da cidade de Salvador-Bahia, com participação de 73 profissionais de saúde, mediante aplicação da técnica de associação livre de palavras processadas no software EVOC, com base no núcleo central (NC) e cálculo de índices. “Preconceito e morte” constituem o NC da representação social (RS) de HIV/aids e “aconselhamento e acolhimento” o NC de Cuidado. Os elementos estruturantes da RS da aids denotam a presença de juízos de valor. O cálculo dos índices de diversidade e raridade, revelou um menor compartilhamento das evocações sobre o objeto HIV/aids do que sobre o objeto Cuidado.

Palavras chave: Cuidado; HIV/aids; Representações sociais; Profissionais de saúde.

Abstract: This study aimed to learn the content and structure of social representations of health professionals about HIV/AIDS and care to people with HIV/AIDS, and compare the diversity indices and rarity. The article is a survey of crop developed based on the Social Representation Theory (SRT) in four specialized service units on HIV/AIDS in the city of Salvador, Bahia, with the participation of 73 health professionals, by applying the association technique free EVOC words processed in software, based on the core (CN) and index calculation. "Prejudice and death" constitute the CN social representation (SR) of HIV/AIDS

and "advice and host" CN care. The structural elements of the AIDS RS denote the presence of value judgments. The calculation of diversity indices and rarity, revealed a smaller share of evocations object on HIV/AIDS than about the care object.

Keywords: Care; HIV/AIDS; Social representations; Health professionals.

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo conocer el contenido y la estructura de las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre el VIH/SIDA y la atención a las personas con VIH/SIDA, y comparar los índices de diversidad y rareza. El artículo es un estudio de cultivo desarrollado en base a la Representación Social Theory (SRT) en cuatro unidades de servicios especializados en materia de VIH/SIDA en la ciudad de Salvador, Bahia, con la participación de 73 profesionales de la salud, mediante la aplicación de la técnica de asociación libre de palabras procesadas en software EVOC, basado en el núcleo central (CN) y el cálculo del índice. "El prejuicio y la muerte" constituyen la representación CN social (RS) del VIH/SIDA y "asesoramiento y acogida" atención CN. Los elementos estructurales de los RS SIDA denotan la presencia de juicios de valor. El cálculo de los índices de diversidad y rareza, reveló una proporción menor de evocaciones objeto sobre el VIH/SIDA que sobre el objeto de atención.

Palabras claves: Cuidado; VIH/SIDA; Representaciones sociales; Profesionales de la salud.

Introdução

Tendo surgido no início da década de 80, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), tornou-se um importante marco histórico, principalmente, por se acreditar no controle que a medicina exercia sobre as doenças infecciosas.¹

Após trinta anos do início da epidemia e do seu impacto no mundo, a aids pode ser concebida como uma doença crônica.² Esta nova classificação se justifica uma vez que a doença confere limitações físicas e psicológicas, por sua longa duração e progressão lenta, e por sofrer o impacto direto do estigma. No entanto, já que as interpretações das doenças são temporalmente influenciadas, o sentido atribuído a aids pode continuar reformulando-se.

A epidemia da aids se mantém relevante para a saúde pública. No ano de 2014 no Brasil foram notificados 70.677 casos novos da infecção pelo HIV, número este que se mantém estável nos últimos cinco anos. No mesmo período, estima-se 734 mil pessoas vivendo com HIV/aids e a razão entre os sexos chegou a 1,8 caso em homens para cada mulher.³

Diferentes momentos na história do HIV/aids no Brasil se interligam com a história mais ampla da vida política do país.⁴ O contexto histórico e epidemiológico do HIV/aids permite circunscrever momentos distintos, vivenciados pelo(a)s profissionais de saúde em sua práticas de cuidado. Um destes momentos marca o início da epidemia (década de 80), com suas características próprias entrelaçado pelo medo, obscuridade científica e omissão das autoridades governamentais.

Contrapondo-se a fase inicial, percebemos um segundo momento na prática do cuidar, no qual, além do conhecimento científico mais desenvolvido, da participação ativa das Organizações não Governamentais (ONG's), o país assume uma posição política importante para o enfrentamento da epidemia, ao sancionar, por exemplo, a Lei 9.313/96 que trata da universalização da terapia anti-retroviral no tratamento da aids.

Na terceira década da epidemia, a aids se conforma como uma doença crônica, o que impõem a obrigação de reformular a estrutura do cuidado em saúde.⁵ Destaca-se que os profissionais de saúde, agora, necessitam discutir e apresentar respostas a questões até então pouco exploradas no cuidado à saúde como sexualidade, perdas e morte.

A visibilidade possível para o objeto de estudo HIV/aids através da interpretação dos discursos sociais torna-se provável com a Teoria das representações sociais (TRS), vez que esta teoria permite compreender e discutir as intensões subjacentes dos atores individuais e coletivos, assim como suas crenças e intensões expostas através de seus discursos racionais.⁶ Nesse sentido, afirma-se que “vemos o mundo e o interpretamos a partir das viseiras dos nossos preconceitos”.^{6:115}

A TRS é considerada um campo fértil para os estudos relacionados com o processo saúde-doença por evidenciar a complexidade das relações entre os fatores biológicos e sociais ao explorar a relação entre saber oficial e senso comum.

Assim, resgatar a integralidade do cliente, percebendo-o como sujeito participante nas ações de saúde, se faz necessário durante a interação com o profissional que o atende e possibilita reconhecê-lo em sua subjetividade. Além disso, é fundamental acolher o saber e o sentir do cliente, por meio de uma escuta ativa. Nessa sequência, apresentamos como objetivos apreender o conteúdo e a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde sobre o HIV/aids e o cuidado a pessoa com HIV/aids e comparar os índices de diversidade e de raridade.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com abordagens quantitativa e qualitativa, fundamentado na TRS, como um sistema de referência que permite a interpretação dos acontecimentos reais, dando sentido à vivência profissional, sendo uma ferramenta indispensável à identificação dos aspectos cognitivos, afetivos, sociais e simbólicos do conhecimento do senso comum, através da comunicação e interação sociais.⁷

A TRS é definida como um conjunto de conceitos articulados, que têm origem nas práticas sociais e diversidades grupais, cujas funções são dar sentido à realidade social, produzir identidades, organizar as comunicações e orientar as condutas.⁸

Neste artigo, nos valem da abordagem estrutural da TRS. Tal abordagem, parte do pressuposto que os elementos da representação social com importância em sua estrutura são mais prototípicos, isto é, mais acessíveis à consciência.⁹

Para a coleta de dados, utilizou-se o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), por considerá-lo suficiente para o alcance do objetivo proposto, a partir dos estímulos indutores: HIV/aids e cuidado a pessoa com HIV/aids. O TALP, caracterizado como um teste projetivo, permite que as expressões do sujeito não sejam compreendidas apenas a partir do significado que o próprio sujeito conscientemente lhe confere, e, sim, interpretadas em termos de alguma conceituação psicológica pré-estabelecida.¹⁰

Como proposta para abordagem estrutural da TRS, trabalhamos com o Núcleo Central (NC), como o elemento essencial de toda representação e que pode encontrar sua origem diretamente nos valores que transcendem e que não exigem nem aspectos figurativos, nem esquematizações, nem mesmo concretização.¹¹

Participaram do estudo 73 profissionais de saúde de nível superior da rede pública de assistência especializada de quatro serviços, na cidade do Salvador-Bahia, escolhidos por serem referência na atenção e ou cuidado a pessoa vivendo com HIV/aids. Os critérios de inclusão foram ter vínculo permanente com a instituição; estar em efetivo exercício no período de coleta de dados; ter, pelo menos, um ano de trabalho na instituição, possibilitando assim, a elaboração das representações sociais. Houve aprovação pelo CEP da Escola de Enfermagem da UFBA, sob número 874.468 em 17/11/2014.

Os dados foram coletados no período de dezembro 2014 a março 2015. Utilizamos as variáveis: profissão, tempo de formação, tempo de atuação profissional e tipo de serviço, para caracterização dos sujeitos. No processamento dos dados evocados utilizou-se o software EVOC 2005. Esta ferramenta computacional aumenta a validade do estudo ao permitir a possibilidade de procedimentos de transferências dos resultados para outros estudos no caso

das análises lexical, e similaridades, além da realização dos cálculos das médias e co-ocorrência e construção do quadro de quatro casas, através do qual é possível discriminar o núcleo central e os elementos periféricos da representação.¹²

Iniciamos realizando o tratamento de equivalência das respostas evocadas que foram agrupadas por critérios semânticos, ou seja, foram classificadas conforme um significado em comum.^{10,13} Seguindo-se a análise pelo software EVOC 2005 que calculou a frequência e ordem de aparição dos termos produzidos, na representação dos profissionais de saúde.

Em uma terceira etapa, os índices de diversidade e raridade, elaborados na França por Flament e Rouquette, que visam uma abordagem geral das evocações dentro da teoria das representações sociais, foram também calculados e analisados.¹⁴ Esses índices fundamentam-se em três informações básicas fornecidas pelo programa RANGMOT do EVOC: quantidade de evocações(N), de tipos(T) e de Hepax(H) e permitem o cálculo de teste de significância, aqui utilizamos o *t de student* nos *corpus* para os estímulos ‘HIV/aids’ e ‘Cuidado’.

As informações advindas do programa RANGMOT referente a tipos(T) correspondem ao número de termos evocados e diferentes; o Hepax(H) significa palavras com frequência um e que ampliam a possibilidade de heterogeneidade da representação.

Resultados

A análise de cada *corpus* foi formada pelas evocações dos 73 participantes da pesquisa. Revelou que, em resposta direta ao termo indutor “HIV/aids”, foram evocadas 355 termos, sendo 128 (T) diferentes e que a ordem média de evocação (OME) foi de 2,9, numa escala de 1 a 5. Considerando que foram desprezadas as evocações cuja frequência foi igual ou inferior a 2, encontrou-se a frequência média de evocação igual a 8 e frequência acumulada de 56,6%. A análise combinada desses dados resultou no quadro de quatro casas apresentado na Figura 1.

Frequência Média	OME < 2,9			OME ≥ 2,9		
	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥ 8	desconhecimento	20	2,500	desespero	8	3,000
	medo	36	2,361	doença	14	2,929
	morte	43	2,209	isolamento-pessoal	9	3,778
	preconceito	52	2,308	isolamento-social	10	3,800
	promiscuidade	9	2,556	sofrimento	9	3,333
< 8	fim	3	1,667	abandono	5	3,200
	perda	3	2,333	angústia	4	3,750
	preocupação	3	2,333	camisinha	3	4,000
	transmissão	3	2,333	castigo	3	3,333
		3	2,667	compromisso	3	3,000
				culpa	3	3,000
				degradação-física	3	3,667
				desesperança	6	4,167
				falta-cuidado	4	3,000
				homossexualidade	4	4,000

Figura 1: Quadro de Quatro Casas ao termo indutor HIV/aids em ordem direta no conjunto dos participantes estudados. Salvador, 2015.

O quadrante superior esquerdo é constituído por palavras que, muito provavelmente, tem uma maior importância no esquema cognitivo do sujeito, sendo consideradas como o núcleo central da representação.¹¹ Este quadrante está composto por palavras com alta frequência e baixa ordem de evocação. Colocada como o mais importante componente de acordo com sua hierarquia, os termos ‘preconceito e morte’ possivelmente constituem o núcleo central para o estímulo HIV/aids e se confirmam também por sua saliência. Sendo acompanhados pelos termos ‘medo, desconhecimento e promiscuidade’.

O núcleo central é resultado da memória coletiva e do sistema de normas ao qual certo grupo faz alusão, constituindo-se em prescrições absolutas.¹⁵ Esta representação reproduz a associação do HIV/aids com a história vivenciada no início da epidemia e ligada diretamente à impossibilidade de convivência com a doença. A amostra constituída para o estudo, compõem-se de indivíduos na faixa etária entre 35 e 55anos (41%), de modo que um número significativo destes, possivelmente, vivencia a história da aids desde seus primórdios.

A aids é o primeiro caso de doença cujas histórias social e médica se desenvolveram conjuntamente, possibilitando uma primeira qualificação social da doença (câncer gay).¹⁶ Nesse ponto de vista, a discriminação da aids começa com o surgimento da epidemia, de modo a desencadear uma preocupação, ainda atual, de se combater a “segunda epidemia” ou seja, a designada epidemia moral.

A representação social caracteriza-se como um sentido atribuído a um dado objeto pelo sujeito, a partir das informações que, continuamente, lhe vêm de sua prática, de suas relações.⁷ A presença com tão forte hierarquia dos termos ‘preconceito’ (52) e ‘morte’ (43) evocados pelos profissionais de saúde, que atuam em serviços de referência para este agravo, revelam o sentido atribuído ao HIV/aids pelo grupo estudado. Há um predomínio de questões psicossociais quanto a representação do HIV/aids como uma doença que traz com ela o preconceito, termo que apresenta embutido o abandono, o estigma e a ruptura das relações.

Os termos evidenciados no núcleo constituinte da representação permitem referências a “efeitos” (morte) e aponta “culpados” (promíscuos e desinformados). É possível afirmar que esse profissionais ainda demonstram um visão da aids ancorada nas primeiras representações advindas de práticas sexuais consideradas irresponsáveis. A revelação desse sentido, associado ao medo, desconhecimento e as questões ligadas à sexualidade podem interferir na adoção das condutas clínicas que os profissionais conferem às pessoas vivendo com HIV/aids, na condição de usuários destes serviços de saúde.

A associação entre os termos constituintes do primeiro quadrante da figura 1, designa o núcleo central da representação social destes profissionais de saúde e esclarece como se estrutura o conhecimento através do processo de objetivação, tal esquema se torna o núcleo figurativo da representação, ou seja, seu aspecto imagético.¹⁶ Tal imagem reflete um descompasso entre o progresso dos conhecimentos científicos e as imagens constituídas no espaço público que permanecem fortemente arraigadas entre os participantes do estudo.

Assim, as representações sociais, deste conjunto de profissionais, ancoram-se em temas antigos. Para Rouquette (2005) as representações centradas ideias-fonte podem ser consideradas representações sociais geradas por ideologias.

Estudo realizado na região nordeste do Brasil, em 2004, com profissionais de saúde, não aponta para uma representação da aids em nuances de uma epidemia moderna amparada no universo reificado, com predomínio da racionalidade clínica e, sim, semelhantes à sociedade em geral, onde o preconceito, a promiscuidade e morte encontram-se arraigados.¹⁷

Vale ressaltar que no caso específico da aids, a construção social destinada a expressar, controlar e manter uma ordem social, dão sustentação às teorias elaboradas numa perspectiva prática de regulação das condutas e ações da sociedade e, como tal, podemos facilmente encontrá-las nas concepções do senso comum relativas à transmissão da aids. As demais palavras que aparecem no segundo quadrante ou primeira periferia (desespero, doença, isolamento-pessoal, isolamento-social e sofrimento) revelam um posicionamento, também negativo, frente ao fenômeno da aids.

Os termos denotam as repercussões sociais da noção de contágio desse agravo, mesmo entre pessoas envolvidas diretamente no cuidado e com apropriação intelectual das informações novas sobre o objeto. No entanto, pela caracterização dos(as) participantes, 27 destes(as) afirmaram já ter suspeitado de estar contaminado(a) pelo HIV em algum momento de sua vida, quer por questões relacionadas ao trabalho ou não.

Um estudo da década passada, afirma que a concepção sobre a aids que as(os) profissionais de saúde possuíam eram muito semelhante às da sociedade em geral, que ainda discrimina e contribui para a morte social dos portadores.¹⁸ Causa surpresa tal posicionamento vez que o contexto atual do fenômeno social da aids a torna socialmente mais aceitável.

Os termos: ‘abandono, angústia, castigo, culpa, degradação-física, desesperança, falta-cuidado e homossexualidade’ aparecem no quarto quadrante, onde os termos evocados

possuem frequência baixa e alta OME, sendo evocados por um pequeno número de participantes, dão sustentação ao núcleo central, ao tempo em que mantem juízos de valor e aspectos negativos da representação evidenciados no núcleo central. Contrapondo-se, aos termos, ‘compromisso e camisinha’, de certo modo afinados com o discurso atual da aids.

O quadro apresentado na figura 1 caracteriza-se estruturalmente por apresentar variedade de termos como muito disperso em seu NC,¹⁹ significando experiências e informações que englobam juízos e aspectos negativos sobre HIV/aids.

A segunda análise deu-se com a formação do *corpus* também fornecido pelos 73 participantes da pesquisa em resposta direta ao termo indutor “Cuidar de pessoa com HIV/aids”. Foram evocadas 342 termos, sendo 102(T) diferentes. A ordem média de evocação (OME) foi de 2,9. Considerando que foram desprezadas as evocações cuja frequência foi igual ou inferior a 2, encontrou-se a frequência média de evocação igual a 9 e frequência acumulada de 64,6%. A combinação desses dados resultou no quadro de quatro casas apresentado na Figura 2.

Frequência Média	OME < 2,9			OME ≥ 2,9		
	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥ 9	acolhimento	20	2,600	ajuda	13	3,615
	aconselhamento	24	2,875	amor	12	2,917
	capacitação	16	2,750	compromisso	9	3,222
	educação-saúde	14	2,714	cuidado	11	3,455
< 9	atendimento-humanizado	8	2,250	aceitação	7	3,286
	atenção	7	2,000	adesão-tratamento	4	3,000
	cuidado-proteção	6	2,667	apoio-psicológico	4	3,250
	disponibilidade	4	2,750	confiança	4	3,250
	paciência	8	2,250	dedicação	4	3,250
	reconhecimento	7	2,571	empatia	5	3,400
	respeito	7	2,143	não-discriminação	4	3,500
				prevenção	6	3,167
				responsabilidade	4	3,000
				solidariedade	7	3,286
			tratamento	6	3,000	

Figura 2: Quadro de Quatro Casas ao termo indutor Cuidar de pessoa com HIV/aids em ordem direta no conjunto dos participantes estudados. Salvador, 2015.

Neste *corpus*, apresentaram-se como o mais importante componente de acordo com sua hierarquia, os termos ‘aconselhamento e acolhimento’, que constituem possivelmente o núcleo central para o estímulo cuidar de pessoa com HIV/aids. Os termos também se confirmaram por suas saliências e são acompanhados pelos termos ‘capacitação e educação-saúde’.

Sendo o núcleo central resultado da memória coletiva e do sistema de normas ao qual certo grupo faz alusão, constitui-se em prescrições absolutas.¹⁵ O núcleo central da representação do cuidado para os profissionais de saúde tem relação direta com algo totalmente associado à política de humanização do Ministério da Saúde e a liga diretamente à possibilidade real de entendimento da aids como uma doença crônica.

Os termos evocados ‘aconselhamento e acolhimento’ advém do discurso difundido através da política de humanização e podem ser interpretados sob a perspectiva de que as pessoas adquirem um repertório comum de interpretações, regras e procedimentos que podem ser empregadas à vida cotidiana.⁷ Dentro do protocolo de assistência a pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA) são abordados vários aspectos da assistência, entre eles o aconselhamento pré e pós-testagem. A finalidade principal do aconselhamento é promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e os problemas. Em seu aspecto técnico, o aconselhamento torna-se um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das DST/HIV/aids, na medida em que propicia uma reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção, envolvendo assim o paciente e suas parcerias.²⁰

O conteúdo apresentado no NC está em consonância com a normatização vigente. Outro aspecto que vale ser salientado sobre o conteúdo do NC é o predomínio de questões afetivas nesta representação do cuidado em HIV/aids pelos profissionais de saúde. Os termos evidenciados apontam ‘instrumentos’ (capacitação e educação para a saúde) como

possibilidades de enfrentamento ao fenômeno da aids. Considerando que os profissionais tem a função de prestar assistência ao sujeito sadio ou doente, família e comunidade, no desempenho de atividades para promoção, manutenção e recuperação da saúde, a revelação desse sentido pode interferir positivamente na adoção de condutas clínicas e/ou práticas de cuidado por parte dos profissionais aos usuários dos serviços de saúde especializados.

Capacitação e educação para a saúde insurgem, nesta representação, como elementos de valorização das habilidades comunicativas que são cruciais no processo de cuidar, ao tempo que guardam estreita relação com a necessidade de competência técnica acerca de um conhecimento especializado.

Através dos elementos constituintes do NC da representação também é possível afirmar que esses profissionais demonstram um visão do cuidado a pessoa com HIV/aids, possivelmente constituída após a introdução da terapia antirretroviral, o que, de fato, contribuiu para que a aids passasse a ser considerada uma doença crônica, com possibilidades reais de redução de seu adoecimento e de suas mortes.²¹

A associação entre os termos constituintes do primeiro quadrante da figura 2, designa o núcleo central da representação social destes profissionais de saúde e esclarece como se estruturado conhecimento através do processo de objetivação, tal esquema se torna o núcleo figurativo da representação, ou seja, seu aspecto imagético.¹⁶ Tal imagem reflete um compasso entre o progresso dos conhecimentos científicos e as imagens constituídas no espaço institucional de saúde.

As demais palavras que aparecem no segundo quadrante ou primeira periferia (ajuda, amor, compromisso e cuidado) revelam um posicionamento também positivo frente ao fenômeno da aids no processo de cuidado. Os termos denotam aspecto de solidariedade e empatia diante o agravo, pelas pessoas envolvidas diretamente no cuidado e com apropriação intelectual das

informações científicas sobre o objeto. O que coaduna com o contexto atual da aids que a torna socialmente mais aceitável, enquanto conhecimento reificado.

Os elementos constituintes da zona de contraste e da periferia mais distante, onde os termos evocados (atendimento-humanizado, paciência, respeito, aceitação e solidariedade) possuem frequência baixa e alta OME, sendo evocados por um pequeno número de participantes, também reforçam o aspecto reificado que caracteriza a representação desses trabalhadores sobre cuidar de pessoa com HIV/aids.

Vale salientar, que após o diagnóstico positivo para o HIV, várias mudanças ocorrem na vida dos indivíduos. Entre outras as que mais se destacam são as ligadas ao lazer, sexualidade, trabalho, relacionamentos e rotina diária.²² Destaca-se o isolamento social em razão do estigma como algo marcante na vida destes, impetrando ao profissional de saúde atitudes como ‘paciência, respeito, aceitação e solidariedade’, termos que estão presentes na representação dos profissionais de saúde.

Em oposição ao quadro representativo da figura 1, o quadro apresentado na figura 2 caracteriza-se estruturalmente por apresentar semelhança e coerência entre os termos que compõem o seu NC¹⁹, denotando menor dispersão e homogeneidade que se estende ao sistema periférico. Constituído de experiências e informações em poucos temas principais, de certa maneira, redundantes e com foco na política nacional de humanização.

Como terceiro ponto de análise, a resposta ao que os termos indutores ativaram entre os trabalhadores em saúde obtidas através da aplicação do TALP em relação aos dois objetos estudados: HIV/aids e Cuidado. Apresentamos na tabela 1 uma possibilidade de apreciação da estrutura representacional através do cálculo dos índices de diversidade dos termos evocados e do grau de compartilhamento ao calcularmos, também, o índice de raridade.

Tabela 1: Características dos *corpora* de evocações por objeto, Salvador, 2015.

Indicadores	HIV/aids	Cuidado
Quantidade de evocações (N)	355	341
Quantidade de Tipos (T)	128	103
Quantidade de Hepax (H)	68	48
Frequência média de evocações dos Tipos (N/T)	2,77	3,31
Índice de diversidade (T/N)	0,36	0,30
Índice de raridade (H/T)	0,53	0,46

Podemos observar que o estímulo HIV/aids exibe uma maior quantidade de tipos de Hepax, resultado que se traduz em índices maiores de diversidade e de raridade. O índice de diversidade do objeto ‘Cuidado’ (0,30) é menor que do objeto ‘HIV/aids’ (0,36), essa comparação demonstra que o objeto ‘Cuidado’ para os profissionais de saúde de serviços especializados em atenção a HIV/aids propicia, proporcionalmente, menos tipos de evocações diferentes.

O objeto ‘HIV/aids’, com maior variedade de evocações (128), apresenta termos que geralmente são evocados 2,77 vezes. Quanto ao índice de raridade é possível observar que a proporção de Hapax sobre os tipos é maior também para o objeto ‘HIV/aids’, o que traduz uma maior abundância de respostas idiossincráticas para esse indutor comparativamente ao indutor ‘Cuidado’. O teste *T de student* obteve valor de 0,025.

Esta possibilidade de análise comparativa entre os objetos estudados nos permite afirmar que o indutor ‘HIV/aids’ ativa uma maior quantidade de termos idiossincráticos de modo que suas evocações são menos compartilhadas que as do termo indutor ‘Cuidado’ ($p < 0,003$). Esse resultado traduziria uma menor elaboração social¹⁴ neste grupo de pertença do objeto ‘HIV/aids’.

A teoria das representações sociais municia o referencial interpretativo tanto para dar visibilidade às representações como para torna-las compreensíveis como formas de prática

social.⁷ Permitindo-se afirmar que é pelo meio dos intercâmbios comunicativos que as representações sociais são estruturadas e transformadas.

Conclusões

‘Preconceito e morte’ constituem o núcleo central da representação social de HIV/aids amparados pelo ‘medo, desconhecimento e promiscuidade’, sendo a ‘morte’ (OME= 2,209) o elemento mais significativo da representação. Já o Cuidado, referido pelos profissionais de saúde apresenta como constituinte de seu núcleo central ‘aconselhamento e acolhimento’ acompanhados pelos termos ‘capacitação e educação-saúde’. O elemento mais significativo da representação do Cuidado pareceu na zona de contraste ‘atenção’ com OME de 2,000.

Os elementos estruturantes da RS da aids denotam a presença de juízos de valor e aspectos negativos que remetem ao início da epidemia. Em contraposição, a representação do cuidado reforça aspectos reificados e incorporados através das políticas de saúde instituídas no país, apesar de exigir certa vigilância por parte dos profissionais.

Ao buscarmos também uma forma quantitativa de tratamentos dos dados, com o cálculo dos índices de diversidade e raridade, foi possível a triangulação dos resultados. Estes evidenciaram que os conteúdos das representações sociais, demonstrados através do quadro de quatro casas fornecido também pelo EVOG para os dois objetos de estudo e confirmados pelos índices, revelam um menor compartilhamento das evocações sobre o objeto HIV/aids do que sobre o objeto Cuidado no grupo de pertença.

Tanto o conteúdo quanto a estrutura da representação, para o Cuidado, revelou que este objeto encontra-se para os profissionais de saúde de serviços especializados, contextualizado no campo do conhecimento reificado, além de demonstrar um caráter próximo a representação da sociedade em geral, denotando que está associado ao normativo e a atitudes aceitas como próprias de profissionais de saúde.

Referências

- 1-Formozo GA. As representações sociais do cuidado de enfermagem prestado à pessoa que vive com HIV/AIDS na perspectiva da equipe de enfermagem / Gláucia Alexandre Formozo. 2007. 211 f. Orientadora: Denize Cristina de Oliveira. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.
- 2-Silveira EA A, Carvalho AMP. Suporte relacionado ao cuidado em saúde ao doente com Aids: o modelo de comboio e a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3) p.645-50.
- 3-Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano III - nº 1 - da semana epidemiológica 1 á 26ª - junho de 2014. ISSN: 1517-1159 - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - Brasília – DF, 2014.
- 4- Costa TL, Oliveira DC, Formozo GA, Gomes AMT. Pessoas com HIV/Aids nas representações sociais de enfermeiros: análise dos elementos centrais, contranormativos e atitudinais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 Dec [cited 2015 June 09] ; 20(6): 1091-1099. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600011>.
- 5-Sousa CSO, Silva AL. O cuidado a pessoas com HIV/Aids na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):907-14.
- 6-Spink MJ. Desenvolvendo as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: *Textos em representações sociais/* Pedrinho A. Guareschi e Sandra Jovchelovitch (orgs.). 14ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- 7-Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. 9ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2012.
- 8-Santos MFS, Almeida LM. (Org.) Diálogos com a teoria da representação social. Recife. Ed. Universitária UFPE, 2005.
- 9-Wachelke J, Wolter R. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Out-Dez 2011, Vol. 27 n. 4, pp. 521-526.
- 10- Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MCTV. Análise das evocações livres: uma temática de análise estrutural das representações sociais. *Perspectivas Teórico- Metodológicas em representações sociais*. João Pessoa, Editora Universitária UFPB. p. 573-603, 2005.
- 11-Abric JC. A zona muda das representações sociais. In: Oliveira DC, Campos PHF, Organizadores. *Representações Sociais: uma teoria sem fronteiras*. Rio de Janeiro. Museu da República, 2005. p.27-38.
- 12-Sarubbi Junior V, et al. Tecnologias computacionais para auxílio em pesquisa qualitativa – Software EVOC. São Paulo: Schoba, 2013.
- 13-Sá CP. A construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

- 14- Wachelke J. The symbolic structures of social life: integrative comments on the social thinking architecture. *Psicologia e Saber Social*, 2(2), 167-175, 2013. <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psisabersocial/article/download/8791/6659>
- 15-Formozo GA, Oliveira DC. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2010 Apr [cited 2014 July 22] ; 63(2): 230-237. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000200010&lng=en.
- 16-Jodelet D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: D. JODELET (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 17-44.
- 17- Ribeiro CG, Coutinho MPL, Saldanha AAW. Estudo das representações sociais sobre a AIDS por profissionais de saúde que atuam no contexto da soropositividade para o HIV. *DST – J. bras. Doenças Sex. Transm.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 14-8. 2004.
- 18- Brandão Junior PS. Dimensões subjetivas da biossegurança nas unidades de saúde. *Boletim de Pneumologia Sanitária - Vol. 9, Nº 2, 2001..*
- 19-Sá CP, Oliveira DC, Castro RV, Vetere R, Carvalho RVC. A memória histórica do regime militar ao longo de três gerações no Rio de Janeiro: sua estrutura representacional. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26, 159-171, 2009.
- 20-Brasil. Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. Coordenação Nacional de DST e Aids. 2ª ed. Brasília: 1998. 25 p.
- 21-Cohen MS, Gay CL. Treatment to Prevent Transmission of HIV-1. *Oxford Journals. Clinical Infectious Diseases*. 2010. Volume 50, Issue Supplement 3. Pp. S85-S95.
- 22- Cunha GH, Galvão MTG. Nursing diagnoses in patients with Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency/Syndrome in outpatient care. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2010 [cited 2014 July 01] ; 23(4): 526-532. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-2100201000040001>

5 CONSIDERAÇÕES

Desenvolver esta pesquisa procurando apreender as representações sociais dos profissionais de saúde a cerca da aids e seu cuidado no contexto atual da epidemia foi instigante e ao mesmo tempo difícil, pois o fenômeno da aids e as particularidades dos cuidado a pessoa vivendo com HIV/aids ainda são um assunto considerado pela maioria dos indivíduos como inerente à sexualidade e ao mundo das drogas, temas cercados, em nossa sociedade, de preconceito e discriminação.

Quando nos propomos a adentrar no espaço privativo dos profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho, nos deparamos com dificuldades advindas do sistema de saúde, onde a sobrecarga de trabalho e duplas jornadas dos profissionais dificultam a possibilidade de espaços de pesquisa e, por outro lado, certo silêncio e desconfiança acerca do que seria uma representação social das aids e do cuidado prestado por estes profissionais.

Contudo, a realidade retratada pelos profissionais de saúde, principalmente através das evocações coletadas com o TALP, motivou reflexões sobre a necessidade de redirecionar o cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids. Ao analisarmos os conteúdos das representações sociais para os dois objetos propostos: Aids e Cuidado, a partir de elementos que nos aproximaram do contexto sócio-histórico e cultural dos profissionais, foi possível distinguirmos influências advindas do cotidiano do cuidar e às normativas implantadas pelas políticas públicas adotadas no Brasil.

Ressaltamos as dificuldades encontradas para realizarmos a contextualização do estado da arte, em virtude da escassez de estudos publicados nos últimos dez anos que abordassem o cuidado a PVHA na perspectiva das representações sociais dos profissionais de saúde, ainda que o mesmo tenha sido realizado em uma única base de dados.

A escolha da TRS em abordagem estrutural, como referencial teórico, foi apropriada ao demandar a utilização do TALP como técnica projetiva que pôde ser processado por dois softwares, que permitem uma gama de possibilidades de análise e propiciaram o alcance dos objetivos de apreender a estrutura e o conteúdo das representações sociais de profissionais de saúde a cerca da aids e do cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids e, comparar as representações sociais, da aids e do cuidado a pessoa vivendo com HIV/aids, elaboradas por

subgrupos formados a partir dos 73 participantes, assim como, os índices de diversidade e raridade dos objetos estudados.

Embasamos o estudo a partir da perspectiva estrutural da TRS que oportunizou revelar o conteúdo e a estrutura das representações sociais do grupo de pertença adotado neste estudo, aproximando-nos das relações afetivas e simbólicas relacionadas ao cotidiano do cuidar de pessoas vivendo com HIV/aids e suas práticas atuais.

A análise dos dados foi consubstanciada pela dados advindos das evocações e submetidos a análises estatísticas em softwares que evidenciaram os elementos constituintes do núcleo central, a análise fatorial de correspondência e cálculo dos índices, a partir das evocações sejam em ordem direta e/ou ordem de importância (hierarquização). Tais ferramentas quantitativas foram fundamentais para evidenciar a emergência de temas que demonstraram o conteúdo e estrutura da RS, tanto ao considerar toda a amostra de participantes, quanto seus subgrupos e que permitiu aprofundar o olhar qualitativo sob o corpus textual.

Os resultados aqui analisados negaram o pressuposto deste estudo de que a estrutura e o conteúdo das representações sociais diferem entre as enfermeiras e os demais profissionais de saúde devido à existência de variados perfis profissionais de cuidar de pessoas vivendo com HIV/aids. Apenas observamos diferenças entre as profissionais médicas(os) e todos os demais participantes.

No artigo intitulado 'Cuidar de pessoa com HIV/aids: revelando as representações dos profissionais de saúde', debatemos dados empíricos do TALP em ordem direta processados pelo EVOC, buscando comparações entre os elementos constituintes do núcleo central do conjunto dos profissionais participantes e de dois subgrupos (enfermeiras e médica(o)s) intencionalmente formados através do programa SELEVOC.

Os três quadros de quatro casas elaborados e discutidos separadamente foram reorganizado em um novo quadro, onde se focalizou os núcleos centrais de cada subgrupo, por definirem a representação compartilhada pelo grupo. Para os 73 profissionais participantes e para o subgrupo formado pelas enfermeiras a representação de cuidado é organizada em torno de 'aconselhamento/acolhimento/educação em saúde'. No entanto, para o subgrupo formado pelas(os) médicas(os) dois elementos constituintes do NC: 'luta e reconhecimento' destoam dos demais participantes

O núcleo central da representação das enfermeiras apenas acrescenta o termo ‘prevenção’, que não foi ordenado pelo grupo do total de profissionais nem pelo subgrupo das(os) médicas(os). Tal termo aponta no sentido de um cuidar centrado no biológico, o que de algum modo poderia influenciaria nas práticas de cuidado das enfermeiras, possibilitando, inclusive, certo distanciamento físico da PVHA.

As representações sociais em sua estrutura nuclear ancorou-se nas questões normativas advindas das políticas implantadas no país com vistas à redução dos óbitos e enfrentamento de uma doença considerada agora como crônica e revela similitude com o conhecimento científico. Salientamos que 71,2% da(o)s participantes do estudo possuem especialização e 13,1%, pós-graduação ‘stricto senso’.

Análise Fatorial de Correspondência expôs uma contextualização dos dados empíricos provenientes das evocação em ordem de importância. Discutimos os dados advindos da AFC elaborada pelo software Tri-deux-Mots para os estímulos HIV/aids e Cuidar de pessoa com HIV/aids, considerando o total de participantes.

A leitura dos dados revelou que a experiência profissional, no caso do cuidado profissional à população específica por um longo período carrega as vivências iniciais e negativas da epidemia para os dias atuais, o que poderia está sendo refletido nas práticas cotidianas destes. Confirmando essa temporalidade, os profissionais recém-chegados à prática profissional com PVHA, denotaram ‘sensibilidade’ e abertura para as questões relevantes deste fenômeno como ‘sexualidade e vulnerabilidade’, possibilidades concretas de práticas de cuidado mais efetivas.

Foi possível uma associação considerando os profissionais representados na parte superior do gráfico em oposição aos dois grupos representados na parte inferior. Os profissionais de serviços ambulatoriais, ligados a unidades hospitalares, representam o E1 como ‘morte, sofrimento, falta de cuidado e tratamento’, demonstrando impossibilidades e aspectos negativos da aids em contraposição com o conhecimento e avanço científico constatados nas práticas de cuidado. No entanto, cuidar de pessoas com HIV/aids é representados através do tratamento ofertado à doença. Neste mesmo fator, apresentaram-se em oposição direta os profissionais com tempo intermediário de atuação e os que atuam em SAE, representando o E1 como doença crônica o que requer discernimento, por ser ainda uma epidemia. Esse conteúdo representacional pode está diretamente ligado ao enfrentamento assumido por este

grupo profissional no cuidar de pessoa com HIV/aids, ‘não-discriminação, ajuda e apoio-psicológico’.

Na AFC considerou-se significantes as variáveis fixas tempo de formação, tempo de atuação e tipo de serviço em que a(o) profissional atuava, não havendo, portanto, significância a categoria profissional, se enfermeira(o), profissional de saúde ou profissional da área de humanas. O destaque que foi dado a(o) enfermeira(o), que foi retirada da categoria de profissionais de saúde, se deveu ao fato de buscar investigar esta(e) profissional, em especial.

Dessa maneira, a compreensão das representações sociais de profissionais de saúde a cerca do HIV/aids e do seu cuidado chamam nossa atenção para aspectos ligados diretamente ao tempo de formação e/ou atuação e tipo de serviço.

Por fim, o último artigo intitulado ‘Índices e estrutura representacional de profissionais de saúde sobre HIV/aids e cuidado’ elegeu-se uma discussão dos dados empíricos do TALP a partir dos termos indutores HIV/aids e Cuidar de pessoa com HIV/aids, em ordem de importância. Trabalhamos com um quadro de quatro casas para cada termo indutor.

A representação social dos participantes para HIV/aids, organizou-se em seu núcleo central em torno do ‘preconceito e da morte’, sendo amparados pelo ‘medo, desconhecimento e promiscuidade’. No entanto, cuidar de pessoa vivendo com HIV/aids, apresenta em sua constituição nuclear ‘aconselhamento e acolhimento’ acompanhados pelos termos ‘capacitação e educação-saúde’.

Os elementos estruturantes da RS do HIV/aids apresentam aspectos indicativos de juízos de valor e propensão negativa, característicos do início da epidemia. Em contraposição, a representação do cuidado reforça aspectos reificados e incorporados através das políticas instituídas no país.

Ao buscarmos também uma forma quantitativa de tratamentos dos dados, com o cálculo dos índices de diversidade e raridade, foi possível a triangulação dos resultados. Estes evidenciaram que os conteúdos das representações sociais, demonstrados através do quadro de quatro casas fornecido também pelo EVOC para os dois objetos de estudo e confirmados nos índices calculados, revelaram um menor compartilhamento das evocações sobre o objeto HIV/aids do que sobre o objeto Cuidado, no grupo de pertença estudado.

Tanto o conteúdo, quanto a estrutura da representação para o Cuidado, revelou que este objeto encontra-se para os profissionais de saúde de serviços especializados, contextualizado no campo do conhecimento científico, além de demonstrar um caráter próximo a sua representação pela sociedade em geral, denotando que está associado ao normativo e a atitudes aceitas como próprias de profissionais de saúde. O universo semântico descrito denota atitude positiva e o caráter normativo da objetivação, nos termos evocados, abrolham como princípio organizador da representação social significando uma ancoragem no conhecimento reificado, adquirido na academia e nas capacitações realizadas pelos serviços e referidas pela quase totalidade (95,9%) dos(as) informantes.

Os resultados analisados com o auxílio dos softwares EVOC e Tri-deux-Mots permitem afirmar que, um dos avanços trazidos pela pesquisa se refere ao fato da mesma mostrar que apesar das mudanças observadas na contemporaneidade, como a aceitação da aids enquanto doença crônica, da introjeção da política nacional de humanização, das novas tecnologias medicamentosa e das conquistas sociais das pessoas que vivem com HIV/aids, o ‘medo e sofrimento’ se perpetuam, mesmo que para determinados subgrupos não estejam tão explícitos.

Este estudo compõe um projeto multicêntrico e retrata uma realidade localizada na capital baiana, de modo que se fazem necessárias comparações desta realidade com as encontradas em outras regiões do país, onde o projeto foi desenvolvido.

Acreditamos que os dados apresentados podem servir de base para discussão nos e entre os serviços participantes, assim como pela Coordenação Estadual de DST/aids ao discutirem a reestruturação do serviço de atenção a PVHA e suas novas propostas governamentais.

Almejamos com esta pesquisa desenvolver ações assistenciais voltadas ao processo de formação acadêmica junto a Universidade do Estado da Bahia, no contexto das equipes de saúde da família (ESF) e CTA da microrregião de Senhor do Bonfim, Bahia.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean-Claude. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, Denise (Org.). **Representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2000. p.155-171.
- _____. (org.). **Méthodes d'études des représentations sociales**. Érès: Ramonville Saint-Agne, 2004. Traduzido por Maria de Fátima de Souza Santos para uso de pesquisa.
<http://flipbook.cantook.net/?d=%2F%2Fwww.edenlivres.fr%2Fflipbook%2Fpublications%2F48440.js&oid=196&c=&m=&l=&r=&f=pdf>
- _____. **A zona muda das representações sociais**. In: Oliveira DC, Campos PHF, Organizadores. Representações Sociais: uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro. Museu da República, 2005. P.27-38.
- ANGLEMYER, Andrew; RUTHERFORD, George W; BAGGALEY, RC; EGGER, M; SIEGFRIED, N. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. **Cochrane Database Syst Rev**. 2011 Aug 10;(8):CD009153.
 doi:10.1002/14651858.CD009153.pub2.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. Lisboa, Portugal, 2009.
- BARRETO, José. A. E.; MOREIRA, Rui. V. O. A decisão de Saturno: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: **Coleção Alagadiço Novo**; 2000.
- BARROSO, Léa. M. M.; BRITO, Daniele. M. S.; GALVÃO, Marli. T. G.; LOPES, Marcos. V de O. Utilidade da teoria do autocuidado na assistência ao portador do Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, 2010. V. 23, n.4. p.562-7.
- BASTOS, Francisco. I. SZWARCOWALD, Célia. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):65-76, 2000.
- BERCINI, Luciana. O.; TOMANIK, Eduardo. A. **Na teoria e na vida: saúde, ambiente e representações sociais**. Maringá. Eduem, 2009.
- BIEHL, João. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 257-296, jan./jun. 2011.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.
<http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/obtbr.def>. Acesso em 28/07/2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano III - nº 1 - da semana epidemiológica 1 à 26ª - junho de 2014. ISSN: 1517-1159 - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - Brasília – DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST**. Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013. ISSN: 1517-1159 - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - Brasília – DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro 2012. Diário Oficial da União- nº 12, Brasília, DF, 13 de jun. 2013. Seção 1, p. 59.**

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Ano VIII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010. Ano VIII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - Brasília – DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. - **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Ano VII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009. Ano VII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Tiragem: 10.000. Brasília, 2010.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar : manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2007. 168 p

_____. Portaria ministerial nº 874. In: BRITO, A. M; SOUZA. L.J; LUNA. F.C; DOURADO. I. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, p.18-22. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 64p. Série Manuais nº 66.

_____. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos**. Coordenação Nacional de DST e Aids. 2ª ed. Brasília: 1998. 25 p.

BAUER, Martin. W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. 2 ed. Editora Vozes, 2006.

BORGES, Moema da Silva; QUEIROZ, Lilian Silva; SILVA, Hellén Cristina Pereira da. Social representations of caring and treating: the look of patients and professionals. **Rev. esc. enferm. USP** [Internet]. 2011 Dec [cited 2014 April 20]; 45(6): 1427-1433. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600021>.2012.

CALAIS, Lara Brum, JESUS, Maria Ângela das Graças Santana. Desvelando olhares: Infância e Aids nos discursos da sociedade. **Psicologia & Sociedade**; 23(1): 85-93, 2011.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, dez. 2013.

CAMPOS, Pedro H. F. LOUREIRO, Marcos C S (Orgs.). **Representações Sociais e Práticas Educativas**. Goiânia: Ed. Da UCG, 2003. 246p.: il. – (Série Didática;8). ISBN: 85-7103-179-7.

CARRILHO, Marília R. O Cuidado Como Ser e o Cuidado Como Agir. **Ex aequo**, Vila Franca de Xira , n. 21, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602010000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 nov. 2015.

CARVALHO, Evanilda. S. S. Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações sociais de mulheres e homens. 2010. 255 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFBA, Salvador, Bahia, 2010.

CECHIM, Libona P.; PERDOMINE, Fernanda R.I.; QUARESMA, Lisiane M. Gestantes HIV positivas e sua não-adesão à profilaxia no pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. vol.60, n.5, p. 519-523 Set./Out. 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019610007>

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Cuidar...A primeira arte da vida**. LUSOCIÊNCIA, 2 ed. Paris, 2003.

CONEJEROS, Irma.; EMIG, Helga.; FERRER. Lilian.; CABIESES, Bértica.; IANELLI, Rosina.; Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeiros y estudiantes de enfermeira VIH/Sida. **Invest Educ Enferm**. 2010; 28(3): 345-54.

COHEN, Mayron S; GAY, Cynthia L. Treatment to Prevent Transmission of HIV-1. **Oxford Journals. Clinical Infectious Diseases**. 2010. Volume 50, Issue Supplement 3. Pp. S85-S95

CUNHA, Gilmaria Holanda da; GALVAO, Marli Teresinha Gimenez. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em assistência ambulatorial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 4, p. 526-532, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000400013>.

COUTINHO, Maria P. L, NOBREGA, S. M, ARAÚJO, L. S. *Software TRIDEUX*- Uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisa em representações sociais. IN: **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. Maria da Penha de Lima Coutinho, Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva (orgs). João Pessoa. Editora Universitária, 2011.

DESLANDES, Suely.F. **Frágeis deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DRIESSNACK, Martha. SOUZA, Valni. D. MENDES, Isabel. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2007, setembro-outubro; 15(5).

FERNANDES, Regina Célia de Souza Campos et al . Desafios operacionais persistentes determinam a não redução da transmissão materno-infantil do HIV. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre , v. 86, n. 6, p. 503-508, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000600010&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Aug. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000600010>.

FILGUEIRAS, Sandra L; et al.. **Aconselhamento em DST e HIV/Aids Diretrizes e Procedimentos Básicos**. Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

FORMOZO, Gláucia A.; OLIVEIRA, Denize C. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Rev Bras Enfem.** Brasília, 2010. Mar-abr; 63(2): 230-7.

GIR, Elucir.; et al. Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v.38,n.3, 2004. P.245-53.

GOMES, Antônio M. T., OLIVEIRA, Denize C., SÁ, Celso P. (2008). As representações sociais do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil, segundo a abordagem estrutural. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 16, 122-129. 2008.

GOMES, Antônio M.T. OLIVEIRA, Denize C. SANTOS, E. I. SANTO, C.C.E. VALOIS, B.R.G. PONTES, A.P.M. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Esc Anna Nery**, 2012. Jan-mar, 16(1), 111-20.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Mai-Ago 2006, Vol. 22 n. 2, pp. 201-210.

HERZLICH, Claudine. PEIRRET, Janine. Uma doença no espaço público. A Aids em seis jornais franceses. **Physis**, 2005; 15(supl): 71-101.

HITA. Suzana Ramirez. Problemas metodológicos em las investigaciones sobre VIH/SIDA em Bolívia. **Ciências & Saúde Coletiva**, 18(5):1321-29, 2013.

JODELET, Denize. **Representações Sociais: um domínio em expansão**. In: D. JODELET (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.p. 17-44.

JOFFE. Hélène. “Eu não”, “o meu grupo não”: Representações Sociais transculturais da Aids. In P. A. Guareschi, S. Jovchelovitch. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 14 ed, Petrópolis, RJ. Vozes, 2013.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Representações sociais: saberes sociais e polifasias cognitivas. Caredno n. 2. Blumenau: **EDUCadernos – Série Estudos e Pesquisa – FURM**, 2001.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividades, espaço público e representações sociais. In: **Textos em representações sociais/** Pedrinho A. Guareschi e Sandra Jovchelovitch (orgs.). 14ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

LAHLOU, Saadi. Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier: Papers on Social Representations. Volume 20, 38.1-38.7. **Peer Reviewed Online Journal**, 2012. ISSN 1021 [http://www.psych.lse.ac.uk/psr/]

LEITE, Joséte. L.; CARVALHO-DANTAS, Fernanada; CARVALHO-DANTAS, Claudia. de; LORENZINI-ERDMANN, Alacoque; LIMA, Suzionara B. S.; OLIVEIRA-BARROS, Priscila. de. Delineando um modelo de cuidado a partir del análisis sistemático de la actividad diária del enfermero em um hospital universitário de Rio de Janeiro. **AQUICHAN**. Chía, Colombia, Año 10, v.10, n.2, 2010. P.146-156.

LEVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber. Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre. Artmed; Belo Horizonte, Editora UFMG, 2008.

LUZ, Priscilla M.; MIRANDA, Karla C. L. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/Aids como forma de cuidar. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.15 (supl. 1): 1143-48, 2010.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007.

MACEDO, Simara Moreira de; SENA, Márcia Cristina dos Santos; MIRANDA, Karla Corrêa Lima. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, p. 196-201, Apr. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200007>.

MARCONI, Mariana D. A.; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MATUMOTO, Silvia; MISHIMA, Silvana M; PINTO, Ione C. Collective health: a challenge for nursing. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(1):233-241, jan-fev, 2001.

MINAYO, Maria Cecília S (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

MISUTA, Norico Miyagui et al . Sorologia anti-HIV e aconselhamento pré-teste em gestantes na região noroeste do Paraná, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife , v. 8, n. 2, p. 197-205, Mar. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-

38292008000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Aug. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000200007>.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 9ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2012.

NASCIMENTO-SCHULZE, Célia Maria. Representações sociais da natureza e do meio ambiente. **Revista Ciências Humanas**, Edição Especial Temática, p. 67-81, 2002.

OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antonio Marcos T; PONTES, Ana Paula M; COSTA, COSTA, Camila P M. The building of a paradigm for nursing care lined in the human and health needs. **Esc Anna Nery** (impr.)2011 out-dez; 15 (4):838-844.

OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antonio Marcos T; ACIOLI, Sonia; SÁ, Celso P. O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 377-386, Sept. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Aug. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300002>.

OLIVEIRA, Denize Cristina; MARQUES, Sergio C.; GOMES, Antônio Marcos T.; TEIXEIRA, M. C. T. V. **Análise das evocações livres: uma temática de análise estrutural das representações sociais. Perspectivas Teórico- Metodológicas em representações sociais**. João Pessoa, Editora Universitária UFPB, 2005. P. 573-603.

OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antônio Marcos T. MARQUES, Sérgio C. Análise estatística de dados textuais na pesquisa das representações sociais: alguns princípios e uma aplicação no campo da saúde. In: Menin MSS, Shinezu AM, Organizadoras. Experiência e representações sociais: questões teóricas e metodológicas: São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2005, p. 157-200.

OLIVEIRA, Abílio; AMÂNCIO Lígia. A análise factorial de correspondências no estudo das representações sociais – as representações sociais do suicídio na adolescência. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB, 2005. p. 323-362.

OLIVEIRA, Denize Cristina. Representações Sociais e Riscos Psicossociais do Trabalho entre estudantes na cidade de São Paulo. In: FISCHER, F. M; OLIVEIRA, D. C. Condições de vida e trabalho de estudantes do ensino médio no município de São Paulo, SP.: relatório final de pesquisa **FAPESP**. São Paulo: FSP/FAPESP, 2003. 250p.

OLIVEIRA, Denize Cristina. A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber e fazer a partir das Representações Sociais. (Tese). **Universidade Estadual do Rio de Janeiro**. Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2001.

OLTAMARI, Leandro Castro.; CAMARGO, Brígido V. AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. **Psicologia em estudo**. Maringá. V.15, n. 2, p. 275-283, abr/jun, 2010.

PÁDUA, Elisabete M. M. **Metodologia da pesquisa**. Abordagem teórico-prática. 11ª ed. rev e atual. Campinas, SP; Papirus, 2005.

PAIVA, Mirian Santos; AMÂNCIO, Lígia. Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de gênero para Sida/Aids entre jovens universitários: estudo comparativo Brasil Portugal. In: **CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS**, 5., 2004, Lisboa. Anais Lisboa, 2004.

PAIVA, Mirian Santos; PAREDES, Antônia Silva. Aspectos teórico-metodológicos sobre representações sociais. **SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM**, 2., Belém, PA, 2001. Anais... Belém, PA, 2001. Painel II: A multiplicidade de abordagens metodológicas a considerar.

RIBEIRO, Cristiane Galvão; COUTINHO, Maria da Penha Lima; SALDINHA, Ana Alayde Werba; CASTANHA, Alessandra Ramos. Profissionais que trabalham com AIDS e suas representações sociais sobre o atendimento e o tratamento. **Estud. psicol.** (Campinas) [online]. 2006, vol.23, n.1, pp. 75-81. ISSN 1982-0275. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000100009>.

SÁ, Celso P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

_____. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. SPINK, Mary Jane P. (org). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

_____. **A construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SANTOS, Maria de Fátima de Souza Santos. A teoria das representações sociais. In: SANTOS, Maria de Fátima de Souza Santos; ALMEIDA, Leda Maria de (Orgs.). **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Recife (PE): Editora Universitária da UFPE, 2005.

SARUBBI JUNIOR, Vicente; et al. **Tecnologias computacionais para auxílio em pesquisa qualitativa – Software EVOC**. São Paulo: Schoba, 2013.

SILVA, Carlos Alberto da. A Lógica da Análise de Correspondências. **Universidade de Évora** Departamento de Sociologia, 2003. http://evunix.uevora.pt/~casilva/txt/cs_cor.html

SILVA, José Paulo Vicente da; PINHEIRO, Roseni; MACHADO, Felipe R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27,n.65,p.221-233,set./dez.2003 234-42.

SILVA, Roberta Maria de O.; ARAUJO, Carla Luiza F.; PAZ, Fátima Maria T. da. A realização do teste anti- hiv no pré-natal: os significados para a gestante. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n.4, p.630-636, Dez. 2008.

SILVEIRA, Edilene A. A.; CARVALHO, Ana Maria P. Suporte relacionado ao cuidado em saúde ao doente com Aids: o modelo de comboio e a enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; 45(3) p.645-50.

STRECK, Valburga S. A feminilização do HIV/AIDS: Narrativas que interpelam as estruturas de poder na sociedade e igreja. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo. V.52, n.2, p. 345-56, jul-dez, 2012.

SOUSA, Carla Sofia O, SILVA, Alcione L. O cuidado a pessoas com HIV/Aids na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP** 2013; 47(4):907-14.

SPINK, Mary Jane. Desenvolvendo as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: **Textos em representações sociais**/ Pedrinho A. Guareschi e Sandra Jovchelovitch (orgs.). 14ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J.A.C. Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. **Análise psicológica** (2000), 1 (XVIII):3-14. <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v18n1/v18n1a01.pdf> acesso em: 23/10/2011.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo S., **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

URIBE, Ana Fernanda.; ORCASITA, Linda Teresa. Avaliação dos conhecimentos, atitudes, susceptibilidades e auto-eficácia perante o HIV/AIDS nos profissionais da saúde. **Av. enferm.** v. XXIX, n.2 julio-diciembre, 2011.

VASCONCELOS, Ana Lúcia R.; HAMANN, Edgar M. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes / parturientes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 4, Dec. 2005.

VILLARINHO, Mariana V.; PADILHA, Maria Itayra; BERNADINELLI, Lina Márcia M; BORENSTEIN, Miriam S.; MEIRELLES, Betina H. S.; ANDRADE, Selma Regina. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 2013. Mar-abr; 66(2): 271-7.

WACHELKE, João; WOLTER, Rafael. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Out-Dez 2011. V. 27, n. 4, p. 521-6

VANDERLEI, Maria Iêda Gomes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 443-453, Apr. 2007.

APÊNDICE A**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS DO CUIDADO EM HIV/AIDS****INSTRUMENTO DE COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES, CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL E DE PRÁTICAS RELATIVAS AO HIV/AIDS****PARTE 1**

Este formulário se destina aos profissionais de saúde de nível superior dos serviços estudados que atuam no acompanhamento da pessoa com HIV/aids.

A coleta das evocações livres deverá ser realizada sempre antes das questões de caracterização dos participantes. Não altere a ordem das questões.

Nas questões de “A” a “D” leia o enunciado e aguarde alguns momentos a emissão das primeiras palavras. Em seguida anote os termos e expressões citadas pelo participante. Caso o participante tenha citado cinco termos ou expressões, passe para a questão seguinte.

Caso o participante tenha citado menos de 5 termos ou expressões diga, “*tente, por gentileza, citar mais termos ou expressões*”. Após isto aguarde e deixe o participante refletir. Caso o participante cite mais termos anote-os.

Se mesmo assim ainda não tiver obtido 5 respostas, diga “*por favor, faça mais um esforço e diga o que lhe vem a cabeça quando pensa em...*”. Aguarde mais alguns momentos. Caso ele não seja capaz de dar mais respostas siga, igualmente, para a questão seguinte.

O registro das respostas deverá ser feito pelo entrevistador, respeitando a ordem em que as palavras tenham sido evocadas. Depois de registradas as evocações, as mesmas deverão:

Ser numeradas nos parênteses à esquerda, segundo a ordem de importância definida pelo sujeito.

PARTE 2

Não deixe de repetir o número do formulário no espaço correspondente.

O registro das respostas deverá ser feito pelo entrevistador, seguindo sempre a ordem das questões. Procure não deixar respostas em branco.

Em algumas questões o entrevistador poderá escolher mais de uma resposta. Elas serão identificadas com essa instrução.

Representações sociais de profissionais de saúde sobre as práticas do cuidado em HIV/aids	CARACTERIZAÇÃO
--	-----------------------

Entrevistado	Serviço onde o profissional atua
--------------	----------------------------------

COLETA DE EVOCAÇÕES LIVRES E ELEMENTOS DA REPRESENTAÇÃO DO HIV/AIDS

APRESENTAÇÃO:

Meu nome é _____ e estou a serviço da UERJ- Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da UFBA- Universidade Federal da Bahia. No momento estamos realizando uma pesquisa e precisamos contar com sua colaboração

Ordem de importância

- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____

Agora, eu gostaria que você colocasse estes termos em ordem de importância. Destes termos que você citou qual você considera o mais importantes? E depois....? (Numerar de 1 a 5).

Em seguida diga se a palavra é positiva (+), negativa (-) ou neutra (n).

A. Por favor, cite, na ordem em que se lembrar, as 5 primeiras palavras ou expressões que vêm à sua lembrança quando você pensa em:

“HIV/AIDS”

Ordem de importância

- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____

Agora, eu gostaria que você colocasse estes termos em ordem de importância. Destes termos que você citou qual você considera o mais importantes? E depois....? (Numerar de 1 a 5).

B. Quais, para você, são as 5 palavras

que vêm imediatamente à lembrança das pessoas em geral quando elas pensa em:

“HIV/AIDS”

C. Por favor, cite, na ordem em que se lembrar, as 5 primeiras palavras ou expressões que vêm à sua lembrança quando você pensa em:

“CUIDAR DA PESSOA COM HIV/AIDS”

Ordem de importância

- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____

Agora, eu gostaria que você colocasse estes termos em ordem de importância. Destes termos que você citou qual você considera o mais importantes? E depois (Numerar de 1 a 5).

Quais, para você, são as 5 palavras que vêm imediatamente à lembrança das pessoas em geral quando elas pensa em:

“CUIDAR DE PESSOA COM HIV/AIDS” 8.() O convívio com uma doença.....()
 9.() As práticas sexuais.....()

Ordem de importância

() _____

Em

seguida.

() _____

() _____

() _____

() _____

Qual dessas palavras você considera que seria a mais importante para as pessoas em geral?

E depois....?

(Numerar de 1 a 5).

E. A seguir vou apresentar nove proposições e gostaria que você escolhesse as 3 alternativas que, melhor definem o HIV/AIDS:

- 1.() O tratamento()
- 2.() O homossexualismo()
- 3.() O sofrimento()
- 4.() Necessidade de orientações para saúde ()
- 5.() A sensação de medo()
- 6.() Necessidade de uso de medidas de proteção pessoal para cuidar do cliente.....()
- 7.() O preconceito.....()

Representações sociais de profissionais de saúde sobre as práticas de cuidado em HIV/aids	CARCTERIZAÇÃO
--	----------------------

Entrevistado (Pseudônimo)	Serviço onde o profissional atua
---------------------------	----------------------------------

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL E DE PRÁTICAS RELATIVAS AO HIV/AIDS

ENTREVISTADOR NÃO ESQUEÇA DE REPETIR O PESEUDÔNIMO DO ENTREVISTADO E O NÚMERO DO QUESTIONÁRIO DA PARTE 1 NO CAMPO DESTINADO PARA TAL.

FALANDO DOS SEUS DADOS PESSOAIS

A. Qual a sua idade e data de nascimento?

(___/___) anos Nascido em: ___/___/___

B. Sexo:

- 1.() Feminino
2.() Masculino

C. Qual é a sua religião? (Marcar todas referidas pelo entrevistado)

- 1.() Católica
2.() Espírita/Espiritualista.

Qual? _____

- 3.() Evangélica. **Qual?** _____

- 4.() Kadercista

- 5.() Outra.

Qual? _____

- 6.() Não tenho religião

FALANDO DA SUA FORMAÇÃO E DO SEU ACESSO À INFORMAÇÃO

D. Qual sua formação escolar completa de mais alto nível?

- 1.() Especialização
2.() Mestrado
3.() Doutorado
4.() Outro. **Qual?** _____

E. Quias são as 3 principais fontes de informação sobre HIV/aids utilizadas por você?

- 01.() Rádio
02.() Televisão
03.() Jornal
04.() Sites em geral na internet
05.() Revistas em geral
06.() Livros em geral
07.() Manuais técnicos
08.() Conversas no cotidiano profissional
09.() Conversas no cotidiano pessoal
10.() Cursos de capacitação
11.() Revista científicas
12.() Artigos científicos
13.() Livros científicos
14.() Outra. **Qual?** _____

F. Você participou de atividades de capacitação sobre HIV/aids durante a sua vida profissional?

- 1.() Sim
2.() Não

G. Você atua em outros setores além do Programa de HIV/aids neste serviço?

- 1.() Sim. **Qual?** _____
2.() Não

H. Qual o seu tempo de atuação na função atual neste serviço e o ano de início?

Tempo de atuação: _____ anos _____ meses

Ano de início: _____

I. Qual o seu tempo de atuação

nesta instituição e o ano de início?

Tempo de atuação: _____ anos _____ meses

Ano de início: _____

J. Qual o seu tempo de atuação no Programa de HIV/aids deste serviço e o ano de início?

Tempo de atuação: _____ anos _____ meses

Ano de início: _____

K. Qual a sua função neste serviço

(Assinale uma ou mais alternativas)

01.() Médico generalista

02.() Médico especialista.

Qual? _____

03.() Enfermeira (o)

04.() Psicólogo (a)

05.() Assistente social

06.() Dentista

07.() Farmacêutico

08.() Outro. Qual? _____

L. Em quantas instituições você trabalha exercendo funções de atenção à saúde atualmente?

1.() Só esta

2.() Duas

3.() Mais de duas

M. Qual a função exercida por você na segunda instituição?

PERÍODO DA SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL COM CLIENTES SOROPOSITIVOS

N. Qual o seu tempo de atuação com clientes com HIV/aids em qualquer serviço e o ano de início?

Tempo de atuação: _____ anos _____ meses

Ano de início: _____

O. Quais são as ações que você realiza neste serviço voltadas ao atendimento da pessoa com HIV/aids?

01.() Aconselhamento individual pré-teste

02.() Aconselhamento coletivo pré-teste

03.() Aconselhamento individual pós-teste

04.() Aconselhamento coletivo pós-teste

05.() Oferta de exame anti-HIV

06.() Coleta de material para exame anti-HIV

07.() Recepção e aconselhamento de casos novos

08.() Consulta médica de rotina

09.() Consulta médica eventual

10.() Atendimento pré-consulta

11.() Atendimento pós-consulta

12.() Consulta de enfermagem

13.() Atendimento psicológico

14.() Atendimento social

15.() Atendimento odontológico

16.() Atendimento farmacêutico

17.() Atendimento domiciliar

18.() Atendimento e suporte para a família

19.() Atividade educativa em sala de espera

20.() Ações educativas individuais

21.() Ações educativas em grupo

22.() Realização de grupos de adesão

23.() Suporte e orientação para a equipe médica

24.() Treinamento e supervisão dos auxiliares

25.() Notificação epidemiológica

26.() Controle de faltosos

27.() Distribuição de preservativos

28.() Dispensação de medicamentos ARV

29.() Outras 1. Qual? _____

30.() Outras 2. Qual? _____

31.() Outras 3. Qual? _____

P. Quais são os profissionais da equipe de atendimento à pessoa com HIV/aids neste serviço?

01.() Médico generalista

02.() Médicos especialista

03.() Enfermeira

04.() Psicólogo

05.() Assistente social

06.() Dentista

07.() Farmacêutico

08.() Técnico de Enfermagem

09.() Auxiliar de Enfermagem

- 10.() Outro 1. Qual? _____
 11.() Outro 2. Qual? _____
 12.() Outro 3 Qual? _____
 13.() Não sabe informar

Q. Como você classificaria a atuação dos profissionais no programa de HIV/aids deste serviço?

- 1.() Atuação individual voltadas aos clientes com HIV/Aids
 2.() Atuação em equipe com funções específicas a cada profissional
 3.() Atuação individual voltada ao cumprimento das rotinas do serviço
 4.() Atuação em equipe com funções compartilhadas entre os diversos profissionais
 5.() Não saberia definir

R. Você utiliza padronizações de condutas (protocolos) nos atendimentos realizados?

- 1.() Sim
 2.() Não

S. Qual o tipo de contato predominante estabelecido por você com clientes HIV/aids atualmente?

- 1.() Físico
 2.() Verbal
 3.() Físico e verbal
 4.() Sem contato profissional físico ou verbal
 5.() Outros.

T. Você já pensou estar contaminado pelo

FALANDO DA SUA VIDA PRIVADA

vírus HIV alguma vez?

- 1.() Sim
 2.() Não
 3.() Não gostaria de informar

U. Qual foi a sua reação diante da suspeita?

(Pode ser escolhida mais de uma resposta)

- 1.() Procurou esquecer
 2.() Fazer o teste anti-HIV
 3.() Procurou aconselhamento com amigos
 4.() Procurou aconselhamento com profissionais
 5.() Utilizou auto-medicação preventiva
 6.() Fez acompanhamento médico
 7.() Submeteu-se ao protocolo de atenção aos profissionais

V. Você já fez o teste anti-HIV alguma vez?

- 1.() Sim
 2.() Não
 3.() Não gostaria de informar

X. Você sabe qual o resultado?

- 1.() Sim
 2.() Não
 3.() Não gostaria de informar

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A(o) Sr(a) está convidada a participar da pesquisa intitulada “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS DO CUIDADO EM HIV/AIDS”, cujos objetivos são: Analisar o processo de formação das representações sociais de profissionais de saúde a cerca da aids e do cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids e apreender a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde a cerca da aids e do cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids.

A referida pesquisa será desenvolvida por mim, Cleuma Sueli Santos Suto, como atividade do Curso de Mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Profa. Dra. Mirian Santos Paiva.

A(o) Sr(a) poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo. Caso a(o) Sr(a) aceite, todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais, de modo que sua identificação se dará por um nome fictício escolhido pela(o) Sr(a), garantindo o sigilo e o anonimato e assegurando a privacidade. O possível risco será de a(o) Sr(a) ficar constrangida ou relembrar momentos que não sejam bons.

Para coleta das informações será realizada evocação livre de palavras, a qual será gravada em gravador digital para facilitar a integridade das informações. A evocação e/ou entrevista será realizada de acordo com a sua disponibilidade e mediante a sua prévia autorização por escrito. Concordando em participar, a(o) Sr(a). poderá ouvir a gravação e retirar ou acrescentar quaisquer informações. O material será arquivado por 05 (cinco) anos e após esse período será destruído.

A(o) Sr(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Também não haverá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que esta pesquisa possibilite maior compreensão acerca das práticas de cuidado à pessoas vivendo com HIV/aids, de forma a contribuir para a discussão de ações possíveis de serem desenvolvidas nos serviços de saúde. Os resultados desta pesquisa serão publicados na dissertação e artigos científicos e divulgados nas Instituições onde os dados forem coletados.

Os aspectos acima mencionados respeitam a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone (75) 98554241, ou pelos endereços eletrônicos: cleuma.suto@yahoo.com.br e cepee.ufba@ufba.br.

Após estes esclarecimentos, solicitamos sua permissão para participar dessa pesquisa. Caso esteja bem informada e aceite participar, favor assinar esse documento em 02 (duas) vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará com as pesquisadoras.

CÓDIGO DA PESQUISADORA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Confirmando ter compreendido todas as informações acima descritas, relacionadas a minha participação nesta pesquisa intitulada “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS DO CUIDADO EM HIV/AIDS”, que li. Conversei com a pesquisadora sobre a minha participação voluntária no estudo. Não tenho dúvidas de que não receberei benefício financeiro. Concordo em participar, de forma voluntária, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades ou prejuízos, ou perda de benefícios aos quais tenho direito conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, de 12 de dezembro 2012. Terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetida à coação, indução ou intimidação.

Salvador, ___/___/___.

Assinatura da(o) entrevistada(o)

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para participação nesta pesquisa.

Salvador, ___/___/___.

Assinatura da pesquisadora

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Representações sociais de profissionais de saúde sobre as práticas do cuidado em HIV/aids.

Pesquisador responsável: Mirian Santos Paiva

Instituição: Universidade Federal da Bahia – Escola de Enfermagem

Local de coleta de dados: Unidades ambulatoriais de média complexidade das três esferas de gestão governamental que atendem pessoas que vivem com HIV/aids no município de Salvador - BA.

As pesquisadoras do projeto Dr^a Mirian Santos Paiva e a mestranda Cleuma Sueli Santos Suto, se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa cujos dados serão coletados a partir da técnica de associação livre de palavras (TALP) e entrevista. As pesquisadoras concordam com a utilização dos dados única e exclusivamente para a execução do presente projeto e, a divulgação das informações só será realizada de forma anônima. Os dados coletados bem como os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) serão mantidos em uma sala no 6º pavimento do prédio da Escola de Enfermagem da UFBA, Campus Canela, por um período de no mínimo cinco sob a responsabilidade da professora pesquisadora Dr^a Mirian Santos Paiva. Após este período os dados serão destruídos.

Salvador, 20 de agosto de 2014.

Nome dos membros da equipe executora	Assinatura
Mirian Santos Paiva	<i>Mirian Santos Paiva</i>
Cleuma Sueli Santos Suto	<i>Cleuma Sueli Santos Suto</i>



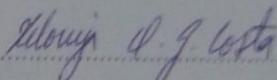
Rua Dr. Augusto Viana, S/N, 7º andar, Vale do Canela, CEP 40110-060 Salvador/Bahia
FONE: (71) 3283-7631 - FAX: (71) 3332-4452
Página na Internet: <http://www.pgpm.ufba.br> - Endereço Eletrônico: pgpm@ufba.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Heloniza Oliveira Gonçalves Costa, Diretora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, estou ciente e autorizo a pesquisadora Dr^{ca} Mirian Santos Paiva através de sua orientada do mestrado Cleuma Sueli Santos Suto desenvolver nesta instituição o projeto de pesquisa intitulada "Representações sociais de profissionais de saúde sobre as práticas do cuidado em HIV/aids", o qual será executado em consonância com as normas e resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaro estar ciente de que a instituição proponente é co-responsável pela atividade de pesquisa proposta e executada pelos seus pesquisadores e dispõe da infraestrutura necessária para garantir o resguardo e bem estar dos sujeitos da pesquisa.

Salvador, 20 de agosto de 2014

Heloniza O. G. Costa
Diretora E. E. UFBA
COREN 05087



Heloniza Oliveira Gonçalves Costa

Parecer Consubstanciado de Projeto

Título do Projeto: As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de AIDS: representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil.

Pesquisador Responsável: Mirian Santos Paiva

Data da Versão 22/03/2011

Cadastro 26/11

Data do Parecer 22/09/2011

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

- Analisar as representações sociais e as memórias das práticas profissionais de cuidado voltadas ao HIV/AIDS, desenvolvidas por enfermeiros e por profissionais de saúde, situados em realidades contrastantes, de forma a identificar as transformações dessas representações e práticas ao longo do desenvolvimento da epidemia no Brasil.

Sumário do Projeto

Trata-se de um estudo multicêntrico realizado em instituições públicas de saúde de diferentes municípios brasileiros situados em realidades geográficas, epidemiológicas e histórias diferentes.

O estudo será desenvolvido a partir de três recortes temáticos:

- 1) Análise da constituição e da evolução do conhecimento reificado sobre as práticas de cuidado de saúde dirigidas a pessoas com HIV/AIDS, a partir da sua elaboração em textos científicos publicados por pesquisadores brasileiros desde o início da epidemia;
- 2) Estudo da constituição das memórias dos profissionais de saúde e dos enfermeiros sobre as práticas de cuidado desenvolvidas aos clientes com HIV/AIDS, desde o início da epidemia;
- 3) Estudo das representações sociais dos profissionais de saúde sobre o HIV/AIDS e as práticas de cuidado desenvolvidas com os clientes com HIV/AIDS nos dias atuais.

OBS.: O projeto apresenta parecer de aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, (Novembro/2010).

Aspectos relevantes para avaliação	Situação
Título	Adequado
Relação dos Pesquisadores	Adequada
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Local de Realização	Própria Instituição
Outras instituições envolvidas	Projeto Multicêntrico
Condições para realização	Adequadas
Introdução	Adequada
Objetivos	Adequados
Método	
Tipo de projeto	Pesquisa em Seres Humanos
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 500 Na Instituição
Cálculo do tamanho da amostra	Não necessário (pesquisa qualitativa)
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco-benefício	Não se aplica
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Não se aplica
Armazenamento de material biológico	Não se aplica
Instrumentos de coleta de dados	Adequados

Avaliação dos dados	Adequada - qualitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Comentário
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim
Cronograma	Comentário
Data de início prevista	
Data de término prevista	
Orçamento	Adequado
Solicita recursos à instituição	Não
Fonte de financiamento externa	Programas de Pós-graduação
Referências Bibliográficas	Adequadas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

Conforme solicitação deste CEP, foi encaminhado projeto específico para a execução local da pesquisa.

- O projeto foi aprovado por este CEP, contudo, solicita ajustes no cronograma, bem como as cartas de consentimento/anuência das instituições onde será realizada a coleta de dados.

- Como mencionado no parecer anterior, é necessário constar no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que o sujeito da pesquisa receberá uma cópia deste depois de assinado.

Informações ao Pesquisador:

• O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

• O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.

• O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo Sr Professor
Dr. Roberto José da Silva Badaró
MD, Chefe do Serviço de Infectologia do Complexo HUPES
Nesta

Prezado Professor,

Cumprimentando cordialmente Vossa Senhoria solicito autorização para proceder a coleta de dados junto ao ambulatório de infectologia que atende a pessoas portadoras da infecção pelo HIV/Aids.

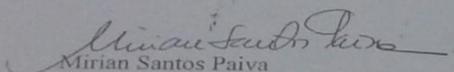
Informamos que esta é uma das etapas do projeto intitulado "As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de Aids: representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde em Salvador-Ba". Cabe ainda informar que o mesmo é parte de um Projeto multicêntrico intitulado "As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de AIDS: representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil", o qual possui financiamento pelo CNPq e autorização da Comissão de Ética e Pesquisa /COEP do Rio de Janeiro através de parecer de número 074/2010 (anexo 1).

Salientamos que a população a ser estudada compreenderá os profissionais de saúde de nível superior que desenvolvam diretamente atividades com portadores da infecção pelo HIV/Aids; gestor(a) da referida unidade e mulheres portadoras da infecção pelo HIV/Aids, o(a)s quais voluntariamente concordem em participar do estudo.

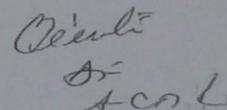
Para tanto encaminho o projeto de pesquisa já autorizado pelo CEP do Complexo HUPES – Parecer 26/11 (anexo 2).

Certa de contar com a vossa colaboração agradeço antecipadamente, ao tempo em que me coloco a disposição para quaisquer esclarecimentos que sejam necessários.

Atenciosamente,


Mirian Santos Paiva

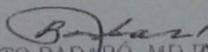
Pesquisadora responsável pelo projeto em Salvador-BA


Dr. Roberto Badaró

Prof. Dr. Roberto Badaró - CRM 6047
Chefe da Unidade Docente Assistencial de Infectologia
Coordenador da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias
Telefone Anexo de 4.1.1.1.1

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em
/ / e ao término do estudo.

Projeto Aprovado com Recomendação.


ROBERTO BADARÓ, MD PHD
Coordenador CEP
HUPES

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS DO CUIDADO EM HIV/AIDS

Pesquisador: Mirian Santos Paiva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37189014.8.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 874.468

Data da Relatoria: 04/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de dissertação de Mestrado em Enfermagem sob a orientação da Dra. Mirian Santos Paiva vinculado ao Projeto Multicêntrico a ser desenvolvido em cidades e estados variados do Brasil. À documentação aditada informa aprovação no CEP UERJ nº 048.3.2010 -Rio de Janeiro em 16.11.2010. Apresenta Parecer de aprovação do Complexo HUPES/UFBA, em 22/9/2011. O Projeto em pauta será desenvolvido em Salvador em instituições hospitalares pública. Terá como participantes 130 profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional do Programa Nacional de AIDS e que prestam assistência a pessoas com HIV/aids no município de Salvador. Tem como "pressuposto de que a estrutura e o processo de produção das representações sociais diferem entre os demais profissionais de saúde e as enfermeiras devido à existência de diferentes perfis de cuidar de pessoas vivendo com HIV/aids".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Aprender a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde acerca da aids e do cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids.

Objetivo Secundário: Discutir as implicações entre as representações sociais da aids e do cuidado.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 874.468

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Possível desconforto ao revelar aspectos íntimos envolvidos no processo de cuidar desta população específica e/ou aspectos relacionados à falta de estrutura das unidades de saúde onde trabalham. Com a finalidade de minimizar os riscos, o anonimato dos participantes e das unidades de saúde será garantido e, solicitaremos auxílio aos psicólogos da unidade, vez que todas contam com tal profissional. A participação será voluntária e os indivíduos que assinarem o TCLE compreenderá que autorizam além da gravação da entrevista a divulgação dos resultados obtidos a partir dos dados coletados.

Benefícios:

Esta pesquisa trará como benefícios o aprimoramento para a formação pessoal, profissional e social no que concerne a subjetividade relativas às práticas de cuidado à pessoas vivendo com HIV/aids no aspecto teórico-prática do trabalho em saúde, além de oportunizar à sociedade e profissionais de saúde conhecimento e maior aproximação com o tema. Espera-se alcançar com o desenvolvimento da pesquisa, benefícios que revelem a importância da concepção e da construção do conhecimento em saúde a respeito da importância das práticas de cuidados no fenômeno HIV/aids, especialmente no espaço da atenção especializada, advertindo que cuidados em seus aspectos teoria/prática se inserem como propostas para modificar o cenário vigente da assistência. Para além, a pesquisa também trará como benefícios, contribuir para que as práticas em saúde coletiva sejam revistas e reanalisadas num contexto social e de cuidado que vise suprir as reais demandas dos usuários, muitas vezes negligenciadas. Por outro lado, contribuir para o enriquecimento da população acadêmica, mostrando a importância e a necessidade de mais estudos na área da saúde, principalmente no campo das Representações sociais e da enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de interesse para as praticas em saúde, para uma população vulnerada com o caso das pessoas com HIV/aids. Factível considerando o cronograma de execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

"O impacto epidemiológico do HIV/aids engendrou esforços técnicos, políticos e científicos para o seu enfrentamento. Tais esforços modificaram, inclusive, a forma de pensar e atuar, dos profissionais de saúde, em relação às doenças sexualmente transmissíveis". Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa. A abordagem qualitativa "Nesse sentido, podemos caracterizar este estudo como uma pesquisa quali quantitativa orientada pela Teoria das

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 874.468

Representações Sociais. A TRS pode ser definida como um conjunto de conceitos articulados que têm origem nas práticas sociais e diversidades grupais cujas funções são dar sentido à realidade social, produzir identidades, organizar as comunicações e orientar as condutas (SANTOS; ALMEIDA, 2005). Será realizado com profissionais de saúde que atuam em unidades de referência às pessoas vivendo com HIV/aids, do sistema único de saúde, no município de Salvador, Bahia, Brasil.

A produção dos dados será realizada com abordagem multitécnicas, através da evocação livre de palavras, caracterização sócio-profissional e de práticas e, entrevista em profundidade. Os dados das evocações serão submetidos aos softwares EVOC 2003 e Tri-deux-Mots para sua análise quantitativa; a caracterização e as práticas serão tabuladas e, as entrevistas serão categorizadas e seu corpus será analisado qualitativamente com base na TRS.

As autoras expressam "contribuir com as práticas de cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids, na medida em que, os achados possibilitem uma reconstrução do modo de pensar e fazer de indivíduos que participam diretamente da assistência em serviços especializados".

Os dados processados quantitativamente a partir dos softwares Tri-deux-Most e EVOC, poderão ser analisados sob a perspectiva da abordagem qualitativa à luz da TRS, da comparação estatística do Teste T de Student. Na análise dos dados da caracterização sócio-profissional e de práticas relativas ao HIV/aids, os resultados serão expostos em frequências absolutas e relativas. Para a análise dos discursos utilizaremos a análise de conteúdo de categoria temática com base no critério semântico o que permitirá a construção das categorias.

Recomendações:

APROVAR

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado homologa o Parecer de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 874.468

SALVADOR, 17 de Novembro de 2014

Assinado por:
Dra DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

TRI-DEUX Version 2.2

Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
 12 rue Cujas - 75005 PARIS
Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 59
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 12
 Le nombre de lignes suppl,ementaires est de 0
 Le nombre de colonnes suppl,ementaires est de 0
 Le nombre de lignes actives est de 59
 Le nombre de colonnes actives est de 12

M,moire disponible avant dimensionnement 505758
 M,moire restante aprs dim. fichiers secondaires 503018
 M,moire restante aprs dim. fichier principal 500186

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.247192

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1+

Valeur propre = 0.076457
 Pourcentage du total = 30.9

Facteur 1-

Valeur propre = 0.037176
 Pourcentage du total = 15.0

Facteur 1 Total= 45.9

Facteur 2+

Valeur propre = 0.045841
 Pourcentage du total = 18.5

Facteur 2-

Valeur propre = 0.031983
 Pourcentage du total = 12.9

Facteur 2 Total= 31.5

Coordonn,es factorielles (F=) et contributions pour le facteur (CPF)
 Lignes du tableau

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF	
aban	-433	22	-313	19	-182	8	-410	46	abandol
acel	-349	32	18	0	-58	2	-38	1	aceita2

acol	-6	0	182	13	-230	25	-74	3	acolhi1
acol	-36	1	100	9	-243	67	-126	21	acolhi2
aco3	-124	2	-165	5	504	60	231	15	aconse1
aco4	-318	67	148	24	-48	3	-65	7	aconse2
ahul	-416	35	216	16	220	20	11	0	ahuman2
ajul	-311	42	-256	47	-218	42	155	25	ajuda2
amor	378	16	-59	1	158	6	177	9	amor1
amol	195	13	-234	32	77	4	-16	0	amor2
apsi	-222	6	-369	26	-17	0	124	4	apsico2
aten	101	2	-0	0	19	0	54	1	atenca2
ate2	96	1	-227	10	276	18	51	1	atendi2
atra	126	3	159	9	-302	38	37	1	atrata1
atr1	-363	19	453	49	332	33	166	10	atrata2
capa	-467	31	-354	30	95	3	-201	14	capaci2
cfil	74	1	-74	1	-111	3	132	5	cfianc2
cmil	235	16	92	4	69	3	99	7	cmisso2
con1	313	37	194	24	30	1	70	4	conhec2
con4	283	9	-86	1	66	1	-30	0	contam1
cpr1	-497	28	-93	2	696	115	190	10	cpreen2
cre1	-521	39	-53	1	-123	4	139	7	crescp2
cui1	82	3	-114	9	67	4	-273	77	cuidad1
cui2	47	1	103	7	-175	24	182	30	cuidad2
cui4	192	5	213	11	458	62	-355	43	cuipro2
dcro	-70	1	-612	126	-167	12	-44	1	dcronil
dedi	-129	2	186	7	243	14	-55	1	dedica2
dega	-462	25	279	15	-385	35	300	25	degafil
dfic	50	0	-209	8	67	1	-208	12	dficul1
dfil	-192	4	-637	78	216	11	96	3	dficul2
doe1	-35	0	67	3	132	13	152	21	doenca1
dscm	247	18	-219	23	61	2	139	13	dscmen1
edul	-848	83	344	23	-331	26	192	10	educac2
edu3	253	13	-309	32	-167	12	185	16	educsa2
empl	27	0	-43	0	43	1	7	0	emptia2
epdm	-211	5	-358	25	-38	0	318	28	epdmia1
fcui	86	1	390	29	257	16	-193	10	fcuidal
luta	-591	40	-54	1	460	50	-594	97	luta1
medi	331	25	139	7	-207	20	-0	0	medicm1
med2	-174	6	22	0	-2	0	-127	8	medo1
mort	-324	12	348	23	6	0	-185	9	mortel1
ndis	196	8	-231	18	35	1	-295	42	ndiscr2
paci	-80	1	114	5	181	16	7	0	paciec2
piel	136	2	182	6	339	27	243	16	piedad2
pobr	105	2	85	2	170	10	290	35	pobrez1
pos1	475	26	-60	1	81	2	187	10	posibi2
prec	10	0	-53	4	-86	13	-94	19	precon1
pre4	153	10	14	0	86	6	-40	2	preven1
pre5	250	13	149	7	152	10	538	139	preven2
reco	226	12	-347	46	-112	6	-109	7	reconh2
res2	188	7	-98	3	-61	2	-133	9	respei2
res4	-398	18	-449	39	120	3	420	49	respon2
sens	786	71	162	5	-67	1	-198	11	sensib2
sexd	419	35	185	11	289	34	-287	40	sexdad1
sofr	46	1	302	39	-86	4	-14	0	sofrim1
soll	-154	5	6	0	129	7	-89	4	solida2
tra2	142	8	185	23	14	0	138	18	tratam1
tra3	-203	7	376	41	-424	64	-155	10	tratam2
vuln	975	109	-81	1	-399	38	-9	0	vulner1

----------*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

*      *          *1000*          *1000*          *1000*          *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

Modalit,s en colonne

```

*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
ACT.      F=1  CPF      F=2  CPF      F=3  CPF      F=4  CPF
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
0151      19   0       144  36      106  24      393  388
0152      129  25      -68  12     -125  49     -177  113
0153     -301  64      -67   5      110  18     -205  71
0161      238  46      128  22      390 256      -75  11
0162      530 191       66   5     -290 118      -59   6
0163     -315 175     -85  21     -69  17       57  14
0171      326 181       96  26       74  19      -10   0
0172     -210  38     -450 292       42   3      239 118
0173     -524 195      318 120     -228  76     -265 119
0181      149  37     -269 199      -81  23      -46   8
0182     -260  36       67   4      562 346     -229  66
0183      -99  11      377 257     -152  51      181  85
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
*      *          *1000*          *1000*          *1000*          *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

Fin normale du programme

TRI-DEUX Version 2.2
 Repr, sentation de plans factoriels - janvier 1995
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
 12 rue Cujas - 75005 PARIS
 Programme PLANFA

Le nombre total de lignes du tableau est de 59
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 12
 Le nombre de lignes supl, mentaires est de 0
 Le nombre de colonnes supl, mentaires est de 0
 Le nombre de lignes actives est de 59
 Le nombre de colonnes actives est de 12
 Le nombre de facteurs calcul, s est de 4

Facteur horizontal : 1
 Facteur vertical : 2
 Repr, sentation des lignes : 3
 Repr, sentation des colonnes : 3
 Nombre des blocs d', dition : 1
 Inversion axe horizontal : 0
 Inversion axe vertical : 0
 Seuil de contribution des lignes : 17
 Seuil de contribution des colonnes : 83

Adesão-tratamento2		1
falta-cuidado1		2
mortel/tratamento2/Ambulatório-hospitalar		3
educação2 +20 anos/atuação		4
degradação-física1	sofrimento1	5
		6
atendimento-humanizado2	conhecimentos2/tratamento1/sexualidade1	7
aconselhamnto2	medicamento1sensibilidade2	8
		9
1-9 anos/atuação		9
6-10 anos/formação		10
aceitação2		11
		12
crescimento-pessoal2/luta1	possibilidade2	13
compreensão/+10 anos/formação	vulnerabilidade1	14
		15
		16
discernimento1		17
ajuda2	SAE amor2/não-discriminação	18
abandonol	educação-saúde2	19
apoio-psicológico2	reconhecimento2	20
capacitação2 epidemia1		21
10-20 anos/atuação		22
Responsabilidade2		23
		24
		25
doença-crônica1		26
		27
dificuldade2		27

Ligne 22 Point double respon2 sous 0172
 Ligne 20 Point double epdmial sous apmico2
 Ligne 20 Point double capaci2 sous epdmial
 Ligne 17 Point double amor2 sous dsccmen1
 Ligne 17 Point double ndiscr2 sous amor2

Ligne 14 Point double cpreen2 sous 0163
Ligne 13 Point double crescp2 sous luta1
Ligne 7 Point double conhec2 sous sexdad1
Ligne 7 Point double tratam1 sous conhec2
Ligne 3 Point double tratam2 sous 0183
Ligne 3 Point double mortel1 sous tratam2

Fin normale du programme