

PROFISSIONAIS DE SAÚDE FALAM MAIS SOBRE CUIDADO E MENOS SOBRE SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA*

Cleuma Sueli Santos Suto¹, Sergio Corrêa Marques², Denize Cristina Oliveira³, Jeane Freitas de Oliveira⁴,
Mírian Santos Paiva⁵

RESUMO: Objetivou-se apreender as representações sociais de profissionais de saúde sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida e o cuidado às pessoas que vivem com vírus da imunodeficiência humana, comparando os índices de diversidade e de raridade. Trata-se de estudo multimétodos, aportado na Teoria das Representações Sociais, envolvendo 73 profissionais de saúde, em quatro unidades de serviços especializados, na cidade de Salvador-Bahia, em 2015. Os dados foram coletados mediante a aplicação da técnica de associação livre de palavras processadas no *software* EVOC e calculando os índices de centralidade. 'Preconceito e morte' constituem o núcleo central da representação da Síndrome da imunodeficiência adquirida, e 'aconselhamento e acolhimento' o de Cuidado. Conclui-se que os elementos estruturantes da representação social denotam a presença de juízos de valor, e o cálculo dos índices de diversidade e raridade revelou menor compartilhamento das evocações sobre a doença do que sobre o Cuidado.

DESCRIPTORIOS: Assistência; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Trabalhador da saúde; Enfermagem; Semântica.

HEALTH PROFESSIONALS TALK MORE ABOUT CARE THAN ABOUT ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME

ABSTRACT: This study aimed to apprehend the social representations elaborated by health professionals on the acquired immunodeficiency syndrome and care to people living with the human immunodeficiency virus through comparison of the diversity and rarity indexes. This is a multi-method study, based on the Theory of Social Representations, involving 73 health professionals, in four specialized services units, in the city of Salvador, Bahia, in 2015. Data was collected with the use of the free word association test (processing was made with EVOC software) and calculation of centrality degrees. 'Prejudice and death' are the nucleus of the representation of the acquired immunodeficiency syndrome, and "advice and care" constitute the nucleus of Care. It is concluded that the structuring elements of social representation denote the presence of value judgments, and the calculation of diversity and rarity indexes revealed that there was less sharing of evocations about the disease than about Care.

DESCRIPTORS: Care; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Health worker; Nursing; Semantics.

PROFESIONALES DE SALUD HABLAN MÁS ACERCA DEL CUIDADO Y MENOS ACERCA DEL SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

RESUMEN: Estudio cuya finalidad fue aprehender las representaciones sociales de profesionales de salud acerca del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida y el cuidado con las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, comparando los índices de diversidad y de raridad. Es un estudio multimétodos, con base en la Teoría de las Representaciones Sociales, de lo cual participaron 73 profesionales de salud, en cuatro unidades de servicios especializados, en la ciudad de Salvador, Bahia, en 2015. Los datos fueron obtenidos por medio de aplicación de la técnica de asociación libre de palabras procesadas en el *software* EVOC y calculándose los índices de centralidad. 'Prejuicio y muerte' constituyen el núcleo central de la representación del Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, y 'aconsejar y acoger', el de Cuidado. Se constata que los elementos estructurantes de la representación social apuntan la presencia de juicios de valor; el cálculo de los índices de diversidad y raridad reveló que se comparten menos informaciones y experiencias sobre la enfermedad que sobre el Cuidado.

DESCRIPTORIOS: Asistencia; Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida; Trabajador de la salud; Enfermería; Semántica.

*Artigo extraído da dissertação intitulada: "Representações sociais de profissionais de saúde sobre a AIDS e práticas de cuidado em HIV/AIDS". Universidade Federal da Bahia, 2015.

¹Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

²Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

Autor Correspondente:

Cleuma Sueli Santos Suto
Universidade Federal da Bahia
R. Passandú 41 – 44034062 - Feira de Santana, BA, Brasil
E-mail: cleuma.suto@gmail.com

Recebido: 28/12/2016

Finalizado: 03/08/2017

● INTRODUÇÃO

Tendo surgido no início da década de 80, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), tornou-se 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 passa a ser concebida como uma doença crônica⁽²⁾. Esta nova condição é justificada pela queda da mortalidade e maior sobrevivência das pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana e/ou síndrome da imunodeficiência adquirida (PVHA), muito embora a dependência dos antirretrovirais e seus efeitos adversos possam conferir limitações físicas e psicológicas. No entanto, já que as interpretações das doenças são temporalmente influenciadas, o sentido atribuído à AIDS pode continuar se reformulando.

Diferentes momentos na história do HIV/AIDS no Brasil se interligam com a história mais ampla da vida política do país⁽³⁾. O contexto histórico e epidemiológico do HIV/AIDS permite circunscrever momentos distintos, vivenciados pelos profissionais de saúde em suas práticas de cuidado. Um destes momentos marca o início da epidemia (década de 80), com suas características próprias, entrelaçadas pelo medo, obscuridade científica e omissão das autoridades governamentais.

Contraopondo-se à fase inicial, percebemos um segundo momento na prática do cuidar, que, além do desenvolvimento do conhecimento científico e da participação ativa das Organizações não Governamentais (ONGs), o país assume uma posição política importante. Notadamente, no que tange ao enfrentamento da epidemia, a medida que sanciona a Lei 9.313/96⁽⁴⁾, que trata da universalização da terapia antirretroviral para seu tratamento.

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

Nesse aspecto, resgatar a integralidade do cliente, percebendo-o como sujeito ativo e participante nas ações de saúde, se faz necessário durante a interação com o profissional que o atende por facultar o reconhecimento da dimensão intersubjetiva. Deste modo, é fundamental acolher o cliente por meio da escuta ativa e desprovida de juízo de valor.

A visibilidade presumível para os objetos de estudo – AIDS e Cuidado – através da interpretação dos discursos sociais, torna-se viável com a Teoria das Representações Sociais (TRS), que permite compreender e discutir as intenções subjacentes dos atores individuais e coletivos, assim como suas crenças, afetos e pensamentos expressos por meio de discursos racionais⁽⁶⁾.

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 psicossociais, ao explorar a relação entre os universos reificado e consensuais. Compõem o primeiro, os saberes e conhecimentos científicos expressos pela objetividade e rigor lógico e metodológico e, o segundo, os saberes consensuais que enfatizam as atividades advindas do senso comum. Nesse sentido, investigar as representações sociais de profissionais de saúde que vivenciaram o cuidado em unidades de atenção especializada é importante por considerar a elevada prevalência da AIDS no cenário mundial, assim como as repercussões do cuidado especializado na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Apresentamos como objetivo apreender as representações sociais de profissionais de saúde sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida e o cuidado às pessoas que vivem com vírus da imunodeficiência humana, comparando os índices de diversidade e de raridade.

● METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com abordagem multimetodológica, fundamentado na TRS. A representação social é considerada uma “preparação para ação” por guiar os comportamentos,

remodelar e reconstruir os elementos do ambiente no qual o comportamento deve acontecer, fornecendo aos indivíduos as noções que tornam possíveis e eficazes as relações⁽⁷⁾.

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⁾. As representações são constituídas “por um conjunto de informações, de crenças, de opiniões e de atitudes a propósito de um dado objeto social”^(9:13).

Nesta pesquisa, recorreremos à abordagem estrutural das representações sociais ou Teoria do Núcleo Central (TNC), para conhecer não apenas os conteúdos da representação, mas também sua estrutura e o modo como se encontram organizados internamente. Tal abordagem parte do pressuposto de que os elementos da representação social, com importância em sua estrutura, são mais prototípicos, isto é, mais acessíveis à consciência⁽¹⁰⁾.

Para a produção dos 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 à 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⁽¹¹⁾.

Participaram do estudo 73 profissionais de saúde (enfermeiras, médicas/os, odontólogas/os, farmacêuticas/os, assistentes sociais, psicólogas/os e terapeutas ocupacionais) da rede pública da atenção especializada de quatro serviços, na cidade de Salvador-Bahia, no período de dezembro de 2014 a março de 2015, escolhidos por ser referência no cuidado à pessoa vivendo com HIV/AIDS.

Os critérios de inclusão foram: ter vínculo permanente com a instituição; estar em efetivo exercício assistencial no período de coleta de dados; ter, pelo menos, um ano de trabalho na instituição, possibilitando assim a elaboração das representações sociais. Estar em gozo de férias/licença foi o critério de exclusão. Houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, sob número 874.468 em 17/11/2014.

Utilizamos as variáveis profissão, tempo de formação e tempo de atuação profissional para caracterização dos participantes na conformação do banco de dados. Para o processamento dos dados constituintes de cada *corpus*, empregou-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. Também possibilita a realização de cálculos das médias e cocorrência 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^(11,13). Seguiu-se a análise pelo *software EVOC 2005* que calculou a frequência e ordem de aparição dos termos produzidos. A ordem média de evocações (OME) é o valor resultante de uma média, em que o valor 1 é atribuído para a resposta que é fornecida em primeiro lugar, 2 para a segunda resposta fornecida pelo participante, e assim por diante. Chega-se assim a uma OME para cada evocação apresentada no quadro de quatro casas, na representação dos profissionais de saúde para os objetos HIV/AIDS e Cuidado.

Em uma terceira etapa, procedeu-se aos cálculos e à análise dos índices de diversidade e raridade, cujos procedimentos foram elaborados na França por Flament e Rouquette, que visam uma abordagem geral das evocações dentro da TRS⁽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’.

Para realização dos cálculos, as informações advindas do programa RANGMOT são: quantidade (N) que se refere à quantidade total de informações; tipos (T) que corresponde ao número de termos evocados e diferentes; *Hepax* (H) que significa palavras com frequência um (1) e que ampliam a possibilidade de heterogeneidade da representação. A partir dos indicadores de raridade e diversidade é admissível a obtenção de “informações sobre o grau de compartilhamento social de cada objeto, seu

nível de idiosincrasia e a proporção de comunidade entre dois *corpora*"^(15:119). Essas informações nos aproximam de uma melhor compreensão da relação profissionais-objeto.

● RESULTADOS

Dentre os profissionais que participaram da pesquisa, 66 eram do sexo feminino (90,4%), 58 com mais de 35 anos (79,5%) e, destes, 13 têm mais de 55 anos. Em relação ao tempo de atuação no programa de AIDS, 29 (39,5%) tinham menos de cinco anos; 30 (41,1%), entre seis e quinze anos e 14 (19,4%) tinham mais de dezesseis anos de experiência, ou seja, profissionais com experiência considerável no atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

A análise de cada corpus foi formada pelas evocações dos 73 participantes da pesquisa e revelou que, em resposta ao termo indutor "HIV/AIDS", foram evocados 355 termos, sendo 128 (T) diferentes com OME de 2,9, numa escala de 1 a 5, ou seja, cada participante, por livre escolha, evocava no mínimo um termo e no máximo cinco. 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%, de modo que, dentre o total de termos diferentes (128) o programa aproveitou 23, com base na frequência média 8. A análise combinada desses dados resultou no quadro de quatro casas, Figura 1.

Frequência Média	OME < 2,9			OME ≥ 2,9		
	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥ 8	Preconceito	52	2,308	doença	14	2,929
	morte	43	2,209	isolamento-pessoal	10	3,8
	medo	36	2,361	isolamento-social	9	3,778
	desconhecimento	20	2,5	sofrimento	9	3,333
	promiscuidade	9	2,556	desespero	8	3
< 8	fim	3	1,667	desesperança	6	4,167
	perda	3	2,333	abandono	5	3,2
	preocupação	3	2,333	angústia	4	3,75
	transmissão	3	2,333	falta-cuidado	4	3
				homossexualidade	4	4
				camisinha	3	4
				castigo	3	3,333
				compromisso	3	3
				culpa	3	3

Figura 1 - Quadro de Quatro Casas, termo indutor HIV/AIDS em ordem direta, no conjunto dos participantes estudados. Salvador, BA, Brasil, 2015

O quadrante superior esquerdo do quadro está composto por palavras com frequência acima da média estabelecida e baixa ordem de evocação, ou seja, que foram mais prontamente evocadas. São elas, por ordem de frequência: preconceito (52), morte (43), medo (36), desconhecimento (20) e promiscuidade (9).

Observa-se que os termos mais significativos para o grupo, considerando o valor da OME, são morte (2,209), preconceito (2,308) e medo (2,361). Apreende-se no contexto da Teoria do Núcleo Central (TNC) que é importante identificar tanto os elementos e as dimensões que o núcleo central possui em relação ao objeto, quanto a relação que o sujeito ou grupo mantém com o objeto. Assim, os termos preconceito, morte e medo descrevem a relação dos profissionais com AIDS. Já os elementos desconhecimento e promiscuidade são menos expressivos no conjunto dos termos e revelam uma dimensão avaliativa.

As demais palavras que aparecem no segundo quadrante (desespero, doença, isolamento-pessoal, isolamento-social e sofrimento) mostram um posicionamento negativo frente ao fenômeno da AIDS.

Os termos: 'abandono, angústia, castigo, culpa, degradação-física, desesperança, falta-cuidado e homossexualidade' aparecem no quarto quadrante, sendo evocados por um pequeno número de participantes, dão sustentação ao núcleo central por manter juízos de valor e aspectos negativos da representação. No entanto, contrapõem-se aos termos 'compromisso e camisinha', de certo modo afinados com o discurso atual da AIDS.

A segunda análise deu-se com a formação do corpus, também fornecido pelos 73 participantes da pesquisa, em resposta ao termo indutor "Cuidar de pessoa com HIV/AIDS". Evocaram 342 termos, sendo 102 (T) diferentes, com OME de 2,9. Encontrou-se uma frequência média igual a 9 e frequência acumulada de 64,6%, dentre o total de termos diferentes (102) o programa aproveitou 25, Figura 2.

Frequência Média	OME < 2,9			OME ≥ 2,9		
	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥ 9	Aconselhamento	24	2,75	ajuda	13	3,615
	acolhimento	20	2,875	amor	12	2,917
	capacitação	16	2,6	cuidado	11	3,455
	educação-saúde	14	2,714	compromisso	9	3,222
< 9	atendimento-humanizado	8	2,25	aceitação	7	3,286
	paciência	8	2,571	solidariedade	7	3
	atenção	7	2	tratamento	6	3
	reconhecimento	7	2,25	prevenção	6	3,167
	respeito	7	2,143	empatia	5	3,4
	cuidado-proteção	6	2,667	adesão-tratamento	4	3,286
	disponibilidade	4	2,75	apoio-psicológico	4	3,25
				confiança	4	3,25
				não-discriminação	4	3,5
				responsabilidade	4	3

Figura 2 - Quadro de Quatro Casas, termo indutor cuidar de pessoa com HIV/AIDS em ordem direta, no conjunto dos participantes estudados. Salvador, BA, Brasil, 2015

Neste *corpus*, apresentaram-se como o mais importante componente de acordo com sua hierarquia os termos 'aconselhamento' e 'acolhimento', que constituem possivelmente o NC para o estímulo cuidar de pessoa com HIV/AIDS. Os termos também se confirmaram por suas saliências – palavras que vem primeiro por ter mais força de ligação com o estímulo – e são acompanhados pelos termos 'capacitação' e 'educação-saúde'.

O elemento 'atenção' é o mais significativo da representação do Cuidado, com OME de 2,000, e aparece na zona de contraste. O quarto quadrante, onde os termos evocados (atendimento-humanizado, paciência, respeito, aceitação e solidariedade) possuem frequência baixa e alta OME, retrata um saber reificado, respaldado nas políticas públicas que ancoram a representação desses trabalhadores sobre cuidar de pessoa com HIV/AIDS.

Por fim, a partir das respostas aos termos indutores, obtidas através da aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) em relação aos dois objetos estudados – HIV/AIDS e Cuidado – apresentamos a apreciação da estrutura representacional, através do cálculo dos índices de diversidade dos termos evocados e o grau de compartilhamento ou índice de raridade, Tabela 1.

Tabela 1 - Características dos *corpora* de evocações por objeto. Salvador, BA, Brasil, 2015

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

Podemos observar que o objeto HIV/AIDS exhibe uma maior quantidade de tipos de *Hepax* (68), 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).

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 *Hepax* – termos que aparecem uma única vez – sobre os Tipos é maior também para o objeto 'HIV/AIDS', o que traduz uma maior abundância de respostas com características diferentes das demais para esse indutor, comparativamente ao indutor 'Cuidado'. O teste T de *student* obteve valor de 0,025. Isto significa que a probabilidade desse resultado ter ocorrido ao acaso é pequena, assim, o resultado observado é estatisticamente relevante.

● DISCUSSÃO

O quadrante superior esquerdo é constituído por palavras que, muito provavelmente, tem uma maior importância no esquema cognitivo dos participantes, sendo consideradas os possíveis elementos centrais da representação⁽¹⁶⁾. No entanto, mesmo atendendo aos dois critérios, frequência e OME, determinadas palavras deste grupo não se constituirão em elementos centrais na representação, pois “não é a presença maciça de um elemento que define a sua centralidade, mas sim o fato que ele dá significado a representação”^(9:47).

Apreende-se no contexto da TNC que é importante identificar os elementos e as dimensões que o núcleo central possui em relação ao objeto e a relação que o sujeito ou grupo mantém com o objeto. Portanto, uma vez que esses elementos são identificados, é possível observar diferentes significados entre eles, que podem ser classificados como elementos funcionais ou pragmáticos, ligados à realização da tarefa e determinando as condutas relativas ao objeto, e elementos normativos ou avaliativos, voltados aos estereótipos e atitudes, originados do sistema de valores dos indivíduos⁽¹⁶⁾.

Assim sendo, o primeiro aspecto observado no conjunto de elementos presentes no Núcleo Central (NC), centro da representação do grupo (Figura 1), é uma dimensão predominantemente normativa (preconceito, morte e medo), haja vista a presença de elementos socioafetivos, imagético e de natureza atitudinal e valorativa. O NC é resultado da memória coletiva e do sistema de normas ao qual certo grupo faz alusão, constituindo-se em prescrições absolutas⁽¹⁷⁾.

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, síndrome gay)⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Nesse ponto de vista, o preconceito e a conseqüente discriminação começaram com o surgimento da epidemia, de modo a desencadear uma preocupação, ainda atual, de se combater a denominada segunda epidemia: a epidemia moral⁽¹⁹⁾.

Os elementos do NC trazem a caracterização da representação social 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⁾. Preconceito e morte podem ser reflexos do que os profissionais observam cotidianamente em sua prática assistencial. Não é tão incomum a pessoa que vive com HIV/AIDS referir falta de apoio social e se mostrar fragilizada em decorrência do preconceito, real ou presumido, cerceando a sua

vida e concorrendo para a exclusão social⁽¹⁹⁻²⁰⁾. O termo morte, inclusive, pode estar se referindo não somente à morte biológica como consequência extrema da AIDS, mas também à morte social advinda do preconceito que gera discriminação. Observa-se que ambos os termos guardam relação com isolamento-pessoal, isolamento-social e abandono, presentes no segundo e quarto quadrante da Figura 1.

Outro aspecto observado entre os elementos do NC revela que preconceito, morte, medo, desconhecimento e promiscuidade reproduzem a representação do HIV/AIDS do início da epidemia. A amostra constituída para o estudo foi composta, em sua maioria, por profissionais com idade igual ou superior a 35 anos (79,5%), de modo que um número significativo destes vivencia a história da AIDS desde seus primórdios.

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, revela o sentido negativo e histórico da representação do grupo estudado.

O medo é outro elemento expressivo, de caráter normativo, que se constitui num sentimento presente em parte do grupo. É um termo encontrado em estudos realizados com profissionais de saúde⁽¹⁹⁻²¹⁾ e que expressa emoção frente à possibilidade da exposição ao vírus, em decorrência das práticas de saúde com pacientes infectados. Por um lado, os indivíduos se sentem amedrontados pelos riscos a que estão expostos no seu cotidiano profissional, mesmo com o auxílio de equipamentos de proteção. Por outro, é esse tipo de sentimento que por vezes determina as práticas de autoproteção pessoal e profissional pelos referidos profissionais⁽²¹⁾.

Na medida em que expressam fatores que concorrem para a vulnerabilidade dos indivíduos, estes acabam sendo apontados como culpados, promíscuos, desinformados e responsáveis pela transmissão do vírus. A frequência discreta desses termos no núcleo central pode estar indicando uma mudança na representação social deste grupo. Em estudos mais atuais⁽¹⁹⁻²⁰⁾ esses elementos não são mencionados ou, quando são evocados, ficam posicionados na periferia da estrutura da representação.

Esta análise, a partir da Figura 1, evidencia que os elementos que integram as representações sociais destes profissionais se assemelham aos dos anos 1980 e início dos anos 1990. Refletindo uma configuração prototípica, caracterizada pela associação AIDS/morte, AIDS/medo e AIDS/contágio, própria daquele período⁽¹⁹⁾.

Corroborando com o estudo realizado na região Nordeste do Brasil, com profissionais de saúde no ano de 2004, a representação da AIDS não revela 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⁽²²⁾.

Em relação ao estímulo 2, o conteúdo apresentado no NC está em consonância com a normatização vigente (aconselhamento, acolhimento). Outro aspecto que vale ser salientado sobre o conteúdo do NC na representação do cuidado em HIV/AIDS pelos profissionais de saúde, é o predomínio da dimensão afetiva. Os termos evidenciados apontam 'instrumentos' (capacitação e educação para a saúde) como possibilidades de enfrentamento ao fenômeno da AIDS. Considerando que os profissionais têm a função de prestar assistência ao sujeito sadio ou doente, família e comunidade, no desempenho de suas atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde, a revelação desse sentido pode interferir positivamente na adoção de condutas clínicas e/ou práticas de cuidado 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.

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 conotam aspectos 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.

Na Tabela 1, a comparação entre os objetos estudados demonstra que 'Cuidado', para os profissionais de saúde de serviços especializados, propicia, proporcionalmente, menos tipos de evocações diferentes que 'HIV/AIDS'.

Esta possibilidade de análise, propiciada pelo cálculo dos índices, admite comparar os dois objetos estudados e 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 social⁽¹⁷⁾ neste grupo de pertença do objeto 'HIV/AIDS'.

Embora contando com a participação de 97% do total de profissionais em atuação nas unidades selecionadas, sua realização em um único município não permite generalizações quanto ao tema abordado, considerando-se esta uma limitação do estudo. Vale registrar que os dados apresentados estão vinculados a uma pesquisa multicêntrica, assim, os resultados podem ser utilizados em comparações teóricas relacionadas à temática.

● CONCLUSÕES

'Preconceito e morte' constituem o núcleo central da representação social de HIV/AIDS amparados pelo 'medo, desconhecimento e promiscuidade', sendo a 'morte' o elemento mais significativo da representação. O estímulo cuidado apresenta como constituinte de seu núcleo central 'aconselhamento e acolhimento' acompanhados pelos termos 'capacitação e educação-saúde'.

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

A forma quantitativa de tratamentos dos dados, o cálculo dos índices de diversidade e raridade, revelou que no grupo de pertença estudado há um menor compartilhamento das evocações a respeito do objeto HIV/AIDS, do que sobre Cuidado.

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

● FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – Edital N° 013/2014.

● 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 [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
2. da Silveira EAA, Carvalho AMP. Suporte relacionado ao cuidado em saúde ao doente com Aids: o modelo de comboio e a enfermagem. Rev. esc. enferm. USP. [Internet] 2011;45(3) [acesso em 31 mar 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300014>.
3. da Costa TL, de 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;20(6) [acesso em 1 mar 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600011>.

4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Legislação Brasileira sobre DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Sousa CSO, da Silva AL. O cuidado a pessoas com HIV/Aids na perspectiva de profissionais de saúde. Rev. esc. enferm. USP. [Internet] 2013;47(4) [acesso em 31 mar 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400019>.
6. Spink, MJ. Desenvolvendo as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. 14ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2013. p.95-118.
7. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. 9ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.
8. Santos MFS, Almeida LM, organizadores. Diálogos com a teoria da representação social. Recife: Ed. Universitária UFPE; 2005.
9. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. Estudos interdisciplinares em representação social. 2ª ed. Goiânia: AB Editora; 2000. p.27-38.
10. Wachelke J, Wolter R. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. Psic.: Teor. e Pesq. [Internet] 2011;27(4) [acesso em 3 mar 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000400017>.
11. de 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; 2005.
12. Sarubbi Junior V, Bertolino Neto MM, Reis AOA, Rolim Neto ML. 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; 2002.
14. Wachelke J. The symbolic structures of social life: integrative comments on the social thinking architecture. Psicologia e Saber Social. [Internet] 2013;2(2) [acesso em 3 mar 2016]. Disponível: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/8791/6659>.
15. Wolter RP, Wachelke J. Índices complementares para o estudo de uma representação social a partir de evocações livres: raridade, diversidade e comunidade. Psicol. teor. prat. [Internet] 2013;15(2) [acesso em 5 mar 2016]. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000200009&lng=pt&nrm=iso.
16. Abric JC. La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In: Abric JC, editor. Méthodes d'étude des représentations sociales. Ramonville Sant-Agne, France: Érès; 2003. p.119-43.
17. Formozo GA, de Oliveira DC. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. Rev. bras. enferm. [Internet] 2010;63(2) [acesso em 3 mar 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200010>.
18. Jodelet D. Representações Sociais: um domínio em expansão. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001. p.17-44.
19. de Oliveira DC. Construção e Transformação das representações sociais da AIDS e implicações para os cuidados de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2013;21(n.esp) [acesso em 3 mar 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700034>.
20. Machado IY. Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre HIV/Aids: uma comparação entre homens e mulheres [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.
21. Braga RMO. A autoproteção profissional e pessoal na rede de representações sociais do HIV/AIDS na perspectiva dos profissionais de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2016.

22. Ribeiro CG, Coutinho MPL, Saldanha AAW, Castanha AR. Profissionais que trabalham com AIDS e suas representações sociais sobre o atendimento e o tratamento. *Estud. psicol.* [Internet] 2006;23(1) [acesso em 16 mar 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000100009>.