



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Isadora Siqueira de Souza**

**Representações sociais da aids: estudo com pessoas vivendo com  
HIV atendidas em unidades da rede de atenção primária em saúde  
do município do Rio de Janeiro**

**Rio de Janeiro**

**2020**

Isadora Siqueira de Souza

**Representações sociais da aids: estudo com pessoas vivendo com HIV  
atendidas em unidades da rede de atenção primária em saúde do município do  
Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Sergio Corrêa Marques

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

S729 Souza, Isadora Siqueira de.  
Representações sociais da aids : estudo com pessoas vivendo com HIV atendidas em unidades da rede de atenção primária em saúde do município do Rio de Janeiro / Isadora Siqueira de Souza – 2020.  
144 f.

Orientador: Sergio Corrêa Marques

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. AIDS (Doença). 2. HIV (Vírus). 3. Representações sociais. 4. Enfermagem de atenção primária. 5. Pesquisa qualitativa. I. Marques, Sergio Corrêa. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Adriana Caamaño CRB7/5235

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

---

Assinatura

---

Data

Isadora Siqueira de Souza

**Representações sociais da aids: estudo com pessoas vivendo com HIV  
atendidas em unidades da rede de atenção primária em saúde do município do  
Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 18 de fevereiro de 2020.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Sergio Corrêa Marques (Orientador)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Denize Cristina de Oliveira

Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof. Dr. Rodrigo Leite Hipólito

Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2020

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas vivendo com HIV/aids, no desejo de garantir a todos o direito a saúde, ao conhecimento e o respeito às diversidades.

Aos participantes desta pesquisa, que me concederam humildemente a honra de poder compreendê-los em parte de suas experiências de vida para a construção deste estudo.

À minha companheira Jéssica que tanto me apoiou e me compreendeu durante esses últimos anos, que no percurso aceitou compartilhar comigo esse desafio de ser pesquisadora no Brasil.

## **AGRADECIMENTOS**

Esse é o momento de ser grata a todos e tudo que me permitiu a construção desse trabalho ao longo desses dois anos, qualquer elogio aqui descrito é ínfimo perto de tudo que vocês me proporcionaram.

Agradeço a Deus, o grande universo, pelo dom da vida através dos meus pais Noeme Siqueira e Wesley de Souza. A esses, agradeço por me proporcionarem o caminho dos estudos fundamentais, mérito e dedicação à graduação.

Agradeço a minha parceira da vida e futura esposa Jéssica Aparecida Silva pelo amor, carinho e compreensão nessa fase da minha vida. Amo muito você!

Ao meu orientador, professor Sergio Corrêa Marques, exemplo de pesquisador, pelo qual tenho grande admiração, a quem devo grande parte dos resultados finais desse trabalho, por toda sua generosidade em praticar a arte do orientar, pela sutileza dos ensinamentos, por ter acreditado que era possível estabelecer uma relação de parceria comigo nessa trajetória.

À professora Denize Cristina de Oliveira, pelas valiosas contribuições durante o processo de trabalho, que com muita sabedoria, compartilha seus conhecimentos com os alunos.

As minhas amigas de Grupo de Pesquisa, com as quais pude contar em vários momentos neste trajeto: Vanessa Bittencourt Ribeiro, Gisely de Oliveira Soares, Cláudia Cristina da Silva Faustino, Gabriela Porto Salles de Assis e Danielle Pinheiro Elias Silva. Obrigada a todas pelo suporte, trocas de conhecimentos, mensagens, momentos de descontração e carinho. Contem comigo sempre!

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), agradeço pela acolhida e ensinamentos. Diante de todas as adversidades que as Universidades Públicas vêm enfrentando, com recursos financeiros cada vez mais limitados, é um orgulho poder contar com um corpo docente e de técnicos-administrativos empenhados em manter a chama da ciência íntegra. Em especial as professoras Lucia Helena Garcia Penna, Mercedes de Oliveira Neto e Thelma Spindola.

Ao professor Rodrigo Leite Hipólito, por ter aceitado em participar da banca de qualificação e defesa com contribuições de extrema valia para construção da presente investigação.

Aos professores Hellen Pollyanna Mantelo Cecílio e Tadeu Lessa da Costa, que igual e prontamente, se mostraram disponíveis para o trabalho de contribuição com o presente estudo, como parte da banca examinadora.

A minha antiga gerente, e sempre amiga, Patrícia Vaz que sempre me deu apoio e me permitiu sem muitos transtornos, a liberação para as aulas, orientações e tarefas do mestrado. Sempre serei grata!

Aos meus antigos e atuais colegas de trabalho, que nesses dois anos de caminhada foram suporte quando eu não estava na unidade, e dessa forma contribuíram para que eu alcançasse essa conquista. Em especial, Barbara Ingenito, Juliana Souza, Mariana Camargo, Marília Cabral e Iracema Santos.

A minha atual chefia que me apoiou até o último dia do mestrado, Liliane Camargo e Lucélia Santos.

O cérebro verdadeiramente original não é o que enxerga algo novo antes de todo mundo, mas o que olha para coisas velhas, conhecidas, já vistas e revistas por todos, como se fossem novas.

*Nietzsche*

## RESUMO

SOUZA, Isadora Siqueira. **Representações sociais da aids**: estudo com pessoas vivendo com HIV atendidas em unidades da rede de atenção primária em saúde do município do Rio de Janeiro. 2020. 144f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Este estudo objetiva analisar as representações sociais da aids de pessoas vivendo com HIV atendidas em três centros municipais de saúde do Rio de Janeiro, e tem como um dos objetivos específicos comparar as diferenças e semelhanças entre as RS da aids nos grupos assistidos nos três centros de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, apoiado na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais. Participaram 180 pessoas vivendo com HIV. Os cenários foram três Centros Municipais de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Foi aplicado um questionário de caracterização dos participantes para coleta de sociodemográfico e clínico, além da aplicação da técnica de evocações livres de palavras ao termo indutor aids. Os dados sociodemográficos foram organizados numa planilha do *software Excel*. A análise das evocações foi realizada com o *software EVOC* com a construção do quadro de quatro casas. Na análise do grupo geral foram definidos, no possível núcleo central da representação, os elementos *doença-normal*, *medo*, *ruim*, *vida-normal* e *morte*. Os termos *medo*, *morte* e *ruim* sugerem um núcleo central integrado por elementos negativos, definindo a aids como uma *doença-normal* que possibilita uma *vida-normal*, mas gera *medo*, proximidade com a *morte* e por isso é *ruim*. O provável NC é formado por elementos normativos e funcionais. Assim, ainda no quadrante superior esquerdo do quadro apresentado, os elementos *doença-normal* e *vida-normal* podem ser classificados como funcionais. As evocações *medo* e *ruim* e *morte* são normativas, considerando a história do grupo, ou seja, as representações iniciais da aids e na conotação ideológica associada a aids à um grupo específico. Destaca-se, na comparação dos três quadrantes centrais, a palavra *doença-normal* como um elemento comum aos núcleos centrais das três representações, portanto consensuais aos três subgrupos. A árvore máxima aponta os léxicos *doença-normal* e *preconceito* como indicação da centralidade. Conclui-se que existe um processo de mudança sendo operado, com a consolidação da possibilidade de convivência com a doença, através de elementos que caracterizam a adaptação às evoluções de novo contexto da síndrome, conjuntamente a manutenção de elementos arcaicos incorporados às primeiras representações da aids. Pode-se observar de maneira geral uma organização estrutural que aponta para esse processo: a inclusão dos termos *doença-normal* e *vida-normal* no núcleo central, e o deslocamento do termo *preconceito* para a centralidade, mas ainda como elemento flutuante entre o núcleo central e primeira periferia.

Palavras-chave: HIV. Aids. Soropositivo para o HIV. Representação social.

## ABSTRACT

SOUZA, Isadora Siqueira. **Social representations of aids**: study with people living with HIV seen in units of the primary health care network in the city of Rio de Janeiro. 2020. 144f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This study aims to analyze the social representations of AIDS of people living with HIV treated at three municipal health centers in Rio de Janeiro, and one of its specific objectives is to compare the differences and similarities between the RS of AIDS in the groups assisted in the three health centers. Cheers. It is a descriptive study, with a qualitative approach, supported by the structural approach of the Theory of Social Representations. 180 people living with HIV participated. The scenarios were three Municipal Health Centers in the Municipality of Rio de Janeiro. A questionnaire was used to characterize the participants to collect sociodemographic and clinical data, in addition to applying the technique of free evocation of words to the term inducer aids. Sociodemographic data were organized in an Excel software spreadsheet. The evocations analysis was performed with the EVOC software with the construction of a four-house chart. In the analysis of the general group, in the possible central core of the representation, the elements disease-normal, fear, bad, normal-life and death were defined. The terms fear, death and bad suggest a central core made up of negative elements, defining AIDS as a normal disease that enables normal life, but generates fear, proximity to death and is therefore bad. The probable NC is formed by normative and functional elements. Thus, even in the upper left quadrant of the presented table, the elements normal-disease and normal-life can be classified as functional. The evocations of fear and bad and death are normative, considering the history of the group, that is, the initial representations of AIDS and the ideological connotation associated with AIDS to a specific group. In the comparison of the three central quadrants, the word disease-normal stands out as a common element to the central nuclei of the three representations, therefore consensual to the three subgroups. The maximum tree points to disease-normal lexicons and prejudice as an indication of centrality. It is concluded that there is a process of change being operated, with the consolidation of the possibility of living with the disease, through elements that characterize the adaptation to the evolution of the new context of the syndrome, together with the maintenance of archaic elements incorporated into the first representations of AIDS . It can be observed in a general way a structural organization that points to this process: the inclusion of the terms disease-normal and life-normal in the central nucleus, and the displacement of the term prejudice towards centrality, but still as a floating element between the central nucleus and first periphery.

Keywords: HIV. AIDS. HIV positive. Social representation.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Ciclo de vida simplificado do HIV.....	28
Figura 2-	Manifestações clínicas que podem estar relacionadas à infecção pelo HIV.....	32
Figura 3-	Esquema de elementos de um Quadro de Quatro Casas. Rio de Janeiro, 2019.....	71
Figura 4-	Comparação dos núcleos centrais das representações sociais das PVHIV acerca da aids nas unidades do Catete, Copacabana e Tijuca. Rio de Janeiro, 2019.....	107
Figura 5-	Árvore de similitude da representação social da aids. Rio de Janeiro, RJ, 2019.....	110

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1–	Resultados da busca bibliográfica, por banco de dados. Rio de Janeiro, 2019.....	23
Quadro 2–	Estrutura da representação social da aids referente às evocações de pessoas que vivem com HIV ao termo indutor “aids”. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.....	92
Quadro 3–	Descrição dos parâmetros adotados para gerar o quadro de quatro casas do grupo geral Rio de Janeiro, subgrupo do Catete, Copacabana e Tijuca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.....	102
Quadro 4–	Estrutura da representação social da aids referente às evocações de pessoas que vivem com HIV atendidas em uma unidade de saúde do bairro Catete, ao termo indutor “aids”. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.....	104
Quadro 5–	Estrutura da representação social da aids referente às evocações de pessoas que vivem com HIV atendidas em uma unidade de saúde do bairro Copacabana, ao termo indutor “aids”. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.....	105
Quadro 6–	Estrutura da representação social da aids referente às evocações de pessoas que vivem com HIV atendidas em uma unidade de saúde do bairro Tijuca, ao termo indutor “aids”. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.....	106

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos participantes de acordo com o sexo. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	77
Tabela 2 –	Distribuição dos participantes de acordo com a orientação sexual. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	78
Tabela 3 –	Distribuição dos participantes quanto à faixa etária. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	79
Tabela 4 –	Distribuição dos participantes quanto à cidade onde mora. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	79
Tabela 5 –	Distribuição dos participantes quanto à formação escolar. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	80
Tabela 6 –	Distribuição dos participantes quanto à situação de trabalho. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	81
Tabela 7 –	Distribuição dos participantes quanto à renda pessoal. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	81
Tabela 8 –	Distribuição dos participantes quanto à pessoa com quem reside. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	82
Tabela 9 –	Distribuição dos participantes quanto ao estado marital. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	82
Tabela 10 –	Distribuição dos participantes quanto à espiritualidade ou vínculo religioso. Rio de Janeiro, Brasil, 2017 .....	83
Tabela 11 –	Distribuição dos participantes de acordo com as principais fontes de informações sobre HIV/aids. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	84
Tabela 12 –	Distribuição dos participantes quanto ao tempo de diagnóstico. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	85
Tabela 13 –	Distribuição dos participantes quanto a forma de infecção. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	86
Tabela 14 –	Distribuição dos participantes quanto ao uso de TARV. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	86
Tabela 15 –	Distribuição dos participantes quanto ao tempo de início do uso	

	da TARV. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	87
Tabela 16 –	Distribuição dos participantes quanto estágio atual dos sintomas. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	88
Tabela 17 –	Distribuição dos participantes quanto alterações em consequência do uso dos antirretrovirais. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	88
Tabela 18 –	Distribuição dos participantes quanto ao uso de preservativo nas relações sexuais. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.....	89

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADS	Análise de Similitude
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
APS	Atenção Primária à saúde
ARV	Antirretrovirais
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC	<i>Centers for Disease Control</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DeCS	Descritores de Ciências da Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EVOC	<i>Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations</i>
GIPA	<i>Greater Involvement of People Living with HIV/Aids</i>
GRID	<i>Gay-Related Immune Deficiency</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LAV	<i>Lymphadenopathy-associated vírus</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
OME	Ordem Média de Evocações
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas

PCP	Pneumonia pelo <i>Pneumocystis</i>
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PUBMED	Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
QV	Qualidade de Vida
RJ	Rio de Janeiro
RS	Representações Sociais
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIV	Vírus da Imunodeficiência Símia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de consentimento Livre e Esclarecido
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações Sociais
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNAIDS	<i>Joint United Nations Program on HIV/Aids</i>
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	17
1	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO.....</b>	26
1.1	<b>O vírus do HIV.....</b>	27
1.1.1	<u>Elementos fisiopatológicos e clínicos do HIV e da síndrome.....</u>	27
1.1.2	<u>Histórico epidemiológico, político e social da aids.....</u>	33
1.1.2.1	Pré 1980.....	34
1.1.2.2	Anos 80.....	35
1.1.2.3	Anos 90.....	38
1.1.2.4	Anos 2000.....	41
1.1.3	<u>Elementos psicossociais relacionados ao HIV: estruturação de respostas sociais da aids.....</u>	45
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	51
2.1	<b>Teoria das representações sociais.....</b>	51
2.1.1	<u>Elementos conceituais e a Teoria das representações sociais.....</u>	51
2.1.2	<u>Abordagem estrutural das representações sociais.....</u>	59
3	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	63
3.1	<b>Tipo e abordagem do estudo.....</b>	63
3.2	<b>Cenário do estudo.....</b>	65
3.3	<b>Participantes do estudo.....</b>	66
3.4	<b>Coleta de dados.....</b>	67
3.4.1	<u>Dados socioeconômicos e clínicos.....</u>	68
3.4.2	<u>Técnica de evocações livres de palavras.....</u>	68
3.5	<b>Tratamento e análise dos dados.....</b>	69
3.5.1	<u>Dados socioeconômicos e clínicos.....</u>	69
3.5.2	<u>Evocações livres e tratamento com EVOC.....</u>	70
3.5.3	<u>Análise de similitude.....</u>	73
3.6	<b>Aspectos Éticos da pesquisa.....</b>	75
4	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	76
4.1	<b>Análise descritiva dos participantes.....</b>	76
4.1.1	<u>Dados socioeconômicos.....</u>	76

4.1.2	<u>Dados atinentes ao contexto clínico</u> .....	84
4.2	<b>Análises Prototípicas: a aids representada por pessoas vivendo com HIV</b> .....	90
4.2.1	<u>Análise estrutural da representação social da aids para pessoas vivendo com HIV – grupo geral</u> .....	91
4.2.2	<u>Análise comparativa da estrutura da representação social da aids dos grupos das unidades de Atenção Primária</u> .....	101
4.3	<b>Análise de Similitude: em busca de mais uma indicação de centralidade</b> .....	109
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	112
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	114
	<b>APÊNDICE A</b> – Relatório EVOC Corpus Geral.....	129
	<b>APÊNDICE B</b> – Relatório EVOC Corpus unidade de saúde do Catete.....	130
	<b>APÊNDICE C</b> – Relatório EVOC Corpus unidade de saúde de Copacabana.....	131
	<b>APÊNDICE D</b> – Relatório EVOC Corpus unidade de saúde da Tijuca.....	132
	<b>APÊNDICE E</b> – Dicionário de Padronização do Corpus Analisado.....	133
	<b>APÊNDICE F</b> – Teste de associação de palavras.....	137
	<b>APÊNDICE G</b> – Aplicação das Coocorrências.....	138
	<b>APÊNDICE H</b> – Aplicação do cálculo de Similitude.....	139
	<b>ANEXO A</b> – Questionário de caracterização socioeconômico e clínico.....	140
	<b>ANEXO B</b> – Formulário e evocações livres.....	142
	<b>ANEXO C</b> – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	143
	<b>ANEXO D</b> – Parecer Consubstanciado CEP.....	144

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A pesquisa tem como tema central as representações sociais da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) atendidas em unidades integradas a rede de atenção primária à saúde (APS) no município do Rio de Janeiro. O estudo proposto é um recorte do Projeto intitulado “Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no estado do Rio de Janeiro” coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Denize Cristina de Oliveira, como também do Subprojeto denominado “Aids e qualidade de vida: estudo com pessoas que vivem com HIV/aids no município do Rio de Janeiro”, sob a coordenação do prof. Dr. Sergio Corrêa Marques, e insere-se na linha de pesquisa “Saberes, Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ). Dentro desse contexto, o objeto de estudo desta pesquisa se constitui nas representações sociais (RS) da aids de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

O interesse pelo fenômeno surgiu a partir de um contato particular de âmbito familiar com este agravo. Tão perto o fenômeno estava de mim, que pude perceber que ainda hoje, a infecção pelo HIV e a aids<sup>1</sup> continua a influenciar o microcontexto pessoal e social das pessoas vivendo com HIV. Isso acontece no receio ao ir fazer a coleta do exame de sangue e ser estigmatizado ao contato com uma nova equipe de saúde, na prática de cuidado prestado a essas pessoas, podendo desta forma acarretar impactos na assistência e, conseqüentemente, na qualidade de vida (QV) desses indivíduos. A escolha do fenômeno HIV/aids em objeto de pesquisa também ocorreu por configurar-se relevante pelo impacto social, econômico e político deste agravo, de amplitude mundial.

A *Joint United Nations Program on HIV/aids (UNAIDS)* é o programa das Nações Unidas que desde 1996 tem a função de criar soluções e ajudar nações no combate a aids. Trabalha para acabar com as novas infecções por HIV, garantir que todas as pessoas que vivem com o HIV tenham acesso ao tratamento e proteção, fomentar os direitos humanos e produzir dados que sirvam de base para tomada de

---

<sup>1</sup> Nesta pesquisa, optou-se por registrar a palavra aids seguindo recomendação do Programa de IST/AIDS do Ministério da Saúde brasileiro.

decisão. De acordo com a *Joint United Nations Program on HIV/aids* (2020), o enorme progresso na luta contra a aids nos últimos 15 anos serviu de inspiração para alcançar um compromisso global para acabar com a epidemia até 2030.

Dados da JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (2020) mostram que a infecção pelo vírus constitui uma epidemia onde, desde os registros dos primeiros casos, em 1980, até o ano de 2019, constatou 74,9 milhões de pessoas infectadas. Em 2018, havia 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV, sendo 36,2 milhões de adultos e 1,7 milhões de crianças (menores de 15 anos). Dessas, 23,3 milhões de pessoas com acesso ao tratamento antirretroviral e 1,7 milhões de novas infecções por HIV em 2018. Novas infecções por HIV foram reduzidas em 40%, em comparação com 2,9 milhões do pico de 1997. As mortes relacionadas à aids foram reduzidas em mais de 55% desde o pico em 2004. Em 2018, cerca de 770.000 de pessoas morreram de doenças relacionadas à aids em todo o mundo, em comparação com 1,7 milhão em 2004 e 1,2 milhão em 2010. A mortalidade relacionada à aids diminuiu 33% desde 2010.

Na Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas da Fundação CROI ocorrida em Boston no ano de 2016, Alan Lifson expõe resultados da sua pesquisa intitulada: *Aumento da Qualidade de Vida com Iniciação ART Imediata: Resultados do Estudo START*. Esse estudo randomizado de abordagem quantitativa mostrou que conduzindo o HIV como uma doença crônica, a qualidade de vida (QV) é um resultado importante na avaliação das estratégias de tratamento do HIV. Destacou também que o desenvolvimento de doenças relacionadas ao HIV ou efeitos colaterais de medicamentos podem afetar a qualidade de vida (LIFSON; GRUND, 2016).

A resposta brasileira ao HIV/aids foi instituída em 1986 com programas estruturados no âmbito estadual e nacional. A partir de sua política de acesso universal, o Brasil foi um dos primeiros países a distribuir os antirretrovirais (ARV), através do Sistema Único de Saúde (SUS), em 13 de novembro de 1996 mediante a lei nº 9313 (BRASIL, 1996). Assim, atingiu uma das metas dos Objetivos do Milênio, de garantir o acesso universal ao tratamento de HIV/aids para todas as pessoas que necessitem, antes mesmo de estes serem estabelecidos pela Organização das Nações Unidas, em 2000 (NAÇÕES UNIDAS, 2018). A política de distribuição gratuita de medicamentos em larga escala para todas as pessoas vivendo com HIV

foi um marco na história da epidemia da aids, por possibilitar a modificação nos perfis de morbimortalidade, através da diminuição drástica da mortalidade associada a aids, o aumento da sobrevida e a melhora da QV (HALLAL et al., 2010; JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2017; LAVOR; DOMINGUEZ; MACHADO, 2011).

Apesar do relatório *Lacunas na Prevenção*, lançado pelo JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS em julho de 2016, fazer diversas menções ao Brasil destacando os avanços do país em várias frentes da prevenção como resposta ao HIV, adverte que de 2010 a 2015, o país esteve entre os países da América Latina e do Caribe, onde a infecção por HIV em adultos aumentou (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2016). O Brasil tem a maior população da região e responde por mais de 40% do total de novas infecções que ocorrem em sete países: Argentina, República Bolivariana da Venezuela, Colômbia, Cuba, Guatemala, México e Peru (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2016).

De 1980 a junho de 2019, foram identificados 966.058 casos de aids no Brasil. O país tem registrado anualmente, uma média de 39 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos. Esses números vêm diminuindo desde 2013, quando atingiu 42 mil casos. Em 2018, foram registrados 37 mil casos. Identificou-se ainda 338.905 óbitos, tendo como causa básica o HIV/aids (CID 10: B20 a B24), contabilizados do início da epidemia (1980) até 31 de dezembro de 2018 (BRASIL, 2019).

Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de aids no Brasil, que passou de 21,4/100.000 habitantes (2012) para 17,8/1000.000 habitantes em 2018 (BRASIL, 2019). Configura-se um decréscimo de 16,8% da taxa de detecção. Essa redução tem sido mais acentuada desde a recomendação do “tratamento para todos”, implementada em dezembro de 2013.

O Brasil apresenta grandes desigualdades socioeconômicas, e a epidemia da aids espelha essa desigualdade. A distribuição proporcional dos casos de aids, identificados no período de 1980 até junho de 2019, mostra uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 51,3% e 19,9% do total de casos; as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste correspondem a 16,1%, 6,6% e 6,1% do total dos casos, respectivamente (BRASIL, 2019). Nos últimos 5 anos, a região Norte apresentou uma média de 4,4 mil casos ao ano; o Nordeste, 8,9 mil; o

Sudeste, 15,4 mil; o Sul, 7,7 mil; e o Centro-Oeste, 2,8 mil. Observam-se importantes diferenças nas proporções dos dados segundo sua origem em relação às regiões do país (BRASIL, 2019).

O município do Rio de Janeiro congregava 119.369 (13,5%) casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em relação a todo território nacional, de 1980 até 30 de junho de 2017. Sendo uma das capitais brasileiras com maior concentração de casos notificados de aids, perdendo apenas para São Paulo com 30,0% (BRASIL, 2017).

Por possuir uma área territorial extensa e heterogênea, a epidemia da aids no país concentra-se em determinadas regiões e em subpopulações específicas. Atualmente, a epidemia de HIV e aids no Brasil é considerada estável, tendo em vista a taxa de detecção relativamente constante nos últimos cinco anos, em cerca de 20 casos por 100 mil habitantes. Em alguns estados do país, no entanto, a epidemia apresenta taxas de detecção mais elevadas, marcada pelo crescimento da população feminina infectada, heterossexualização, interiorização, envelhecimento, baixa escolarização e pauperização (BOLETIM MERCOSUL, 2012, 2015).

Assim, a realização desse estudo se justifica pela importância epidemiológica do HIV no Brasil e no município do Rio de Janeiro como mostrado nos dados descritos anteriormente.

Gomes, Silva e Oliveira (2011) reiteram a substancialidade de conhecer a epidemia da aids a partir da sua história, formas de transmissão e representações construídas no enfrentamento e experiência de vida com a doença. Sobre a vivência com a doença, estes mesmos autores, apontam que a utilização da Teoria das Representações Sociais mostra-se como a mais adequada para investigação do impacto produzido por esta epidemia no contexto de grupos sociais e no campo da saúde. Oliveira et al. (2007) declara que as temáticas abordadas na perspectiva da teoria nesse campo, relacionam-se com a convivência dos grupos com a doença e com as práticas do cuidado, em especial aquelas ligadas à prevenção, autoproteção profissional e às práticas de promoção da saúde.

Frente ao exposto, identificou-se a necessidade de realizar este estudo com foco nas representações sociais da aids entre pessoas vivendo com HIV, por entender que a mesma é estabelecida por diversos aspectos inerentes ao ser humano, entre eles o processo saúde-doença e suas representações, pois, a

realidade social, conforme afirma Sá (1993, p.37) “é criada apenas quando o novo ou não familiar vem a ser incorporado aos universos consensuais”. Ou seja, a realidade do coletivo é formada quando o indivíduo associa o desconhecido a conceitos pré-existentes, para tornar o novo familiar e deste modo, ressignificar sua realidade.

Para Ferreira e Brum (2000), o conhecimento das Representações Sociais sobre a aids pode trazer uma maior clareza sobre os processos de concepções do senso comum sobre o processo saúde-adoecimento, compreensão de como representam a aids e como transformam essa compreensão em condutas. As RS seriam a forma como o grupo compreende o que lhe gera interesse ou anseios no mundo, a partir do contexto de sua realidade, possibilitando o diálogo sobre o objeto representado, e também a definição e justificação de suas condutas.

Em 1961 na França, Serge Moscovici inaugura esse campo bem como a utilização desse termo para defini-lo. Na origem Moscoviciana, as RS não são representações de pessoas, porém são representações de grupos sobre um objeto. Para Jovchelovitch (2003), a teoria nasceu e se desenvolveu sob o amparo de indagações radicais, que devolve contradições e dilemas que ainda hoje precisamos responder. Quiçá a principal dessas contradições seja a relação indivíduo-sociedade e como esta relação se constrói.

Conforme Jovchelovitch (1994, p.81) afirma:

As representações sociais são uma estratégia desenvolvida por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente. Nesse sentido, elas são um espaço potencial de fabricação comum, onde cada sujeito vai além de sua própria individualidade para entrar em domínio diferente, ainda que fundamentalmente relacionado: o domínio da vida em comum, o espaço público.

Em uma revisão integrativa de 2015, produzida por Angelim et al. (2015), sobre representações sociais e HIV/aids, evidenciou-se 26 artigos sobre o tema no período de 2004 a 2014. Em seus resultados, no que se relaciona sobre representações sociais do fenômeno HIV/aids no campo da saúde, esta categoria apresentou uma seleção de 13 estudos que mostraram alguns significados negativos acerca da doença, como as expressões: morte, medo, sofrimento e preconceito. Apontaram ainda uma associação com condutas desviantes, que aumentam a exposição à infecção pelo HIV, principalmente em indivíduos

considerados vulneráveis. E por fim, identificaram uma dimensão imagética relacionada à percepção da doença como ameaçadora, pelo caráter letal e incurável que denotam medo do contágio com o vírus e a necessidade de prevenção.

No ano de 2016, em uma nova revisão integrativa acerca da teoria das representações sociais e a qualidade de vida/HIV/aids, Hipólito et al. (2016) encontraram cinco publicações entre os anos 2000 até 2013 que permitiram considerar que as RS da qualidade de vida compõem-se de uma representação mais nova no contexto das pessoas vivendo com HIV, desenvolvida a partir da ancoragem nas RS pré-existentes sobre aids. As representações relacionadas ao preconceito foram realçadas no estudo por ser um fator que isola pessoas vivendo com HIV do convívio com outras, posto que o convívio social é fundamental para a configuração de uma rede de apoio, e o elemento preconceito um desencadeador de sintomas depressivos no contexto da aids.

Para os autores, esse contexto provoca abandono, segregação, estigmatização e ruptura nas relações pessoais. Ainda nesse estudo, a aids foi ancorada nas doenças psicoafetivas, nomeadamente na depressão, o que corroborou para o alto índice de prevalência da sintomatologia depressiva encontrada no grupo do estudo. Isto posto, os autores relacionam o conhecimento científico no que diz respeito às temáticas da aids e da depressão, com o surgimento de elementos próximos tais como os elementos de desespero, medo, angústia, doença e morte.

Neste contexto, estudos sobre a representação da aids para pessoas vivendo com HIV revestem-se de importância por demonstrar de que maneira essas pessoas constroem o fenômeno aids em suas realidades cotidianas, representações estas que norteiam a construção de imagens e atitudes acerca da aids e gera comportamentos.

Realizamos uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Portais Periódicos da Capes (CAPES), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Universidade de São Paulo (USP) e Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PUBMED) com objetivo de encontrar produções realizadas no recorte temporal de 2008 a 2018, desenvolvidas com a teoria das representações sociais (TRS) que contemplam a representação da aids no contexto das pessoas vivendo com HIV/aids.

Os termos de busca utilizados foram "representação social" e "aids". Procurando refinar a pesquisa nos bancos de dados, buscou-se sinônimos identificados na lista dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings (MeSH)*: "HIV", "vírus do HIV", "vírus da aids", "vírus da imunodeficiência humana", "síndrome da imunodeficiência adquirida", "SIDA" e "síndrome imunológica adquirida", esses, associados aos termos de busca. O operador booleano "AND" foi utilizado para a interseção dos descritores e palavras-chave e o operador "OR" para ampliar a pesquisa dentro dos termos semelhantes a "aids" dentro do recorte temporal.

Os resumos dos artigos identificados foram lidos e selecionados os que atendiam ao objeto da pesquisa para análise. Os critérios de inclusão considerados foram: artigos de revisão e pesquisa no idioma português, inglês, espanhol e francês, disponíveis na internet, que abordassem a representação social da aids para pessoas que vivem com HIV.

Ao todo foram identificados 963 resumos, ainda sem utilizar os critérios de inclusão. Desse total, 58 trabalhos foram considerados adequados ao objeto da pesquisa para leitura completa dos textos. Excluindo-se os repetidos, tivemos 39 trabalhos como resultado final.

Quadro 1- Resultados da busca bibliográfica, por banco de dados. Rio de Janeiro, 2019

<b>Banco de Dados</b>	<b>2008-2018 através dos descritores</b>	<b>Revisão utilizando critérios de inclusão</b>	<b>Resultado final, excluindo os repetidos</b>
BVS	276	32	
CAPES	342	10	
BDENF	93	8	
USP	185	7	39
PUBMED	67	1	
<b>Total</b>	<b>963</b>	<b>58</b>	

Fonte: a autora, 2019.

Este resultado demonstra a necessidade de pesquisas com esta temática, visto a magnitude da epidemia do HIV no país, e considerando a TRS como modelo essencial para compreensão dos conceitos e significados que as pessoas vivendo com HIV atribuem ao HIV e a aids. Torna-se cada vez mais necessário que um número maior de pesquisadores oriente seus trabalhos na busca de modelos e

métodos que permitam compreender a conduta humana, em sua complexidade, apreendendo-a em suas dimensões cognitivas, afetiva, simbólica e imaginária (JODELET; MADEIRA, 1998).

A partir destas considerações, delimitou-se as seguintes questões norteadoras:

- a) qual a representação social da aids entre pessoas vivendo com HIV após as mudanças no perfil da epidemia?
- b) como se organizam os conteúdos da representação social da aids deste grupo social?
- c) que dimensões estão presentes nas representações da aids entre as pessoas que vivem com HIV?
- d) existem diferenças intragrupo nas representações sociais da aids?

Com base no contexto apresentado e nas questões levantadas, este estudo possui o seguinte objetivo geral: analisar as representações sociais da aids de pessoas vivendo com HIV atendidas em três centros municipais de saúde no Município do Rio de Janeiro.

E como objetivos específicos:

- a) identificar os conteúdos que compõem as RS da aids de pessoas vivendo com HIV;
- b) descrever os elementos e a estrutura interna das RS da aids do grupo social em estudo;
- c) descrever as dimensões representacionais presentes nas RS da aids deste grupo social;
- d) comparar as diferenças e semelhanças entre as RS da aids nos grupos assistidos nos três centros municipais de saúde.

O presente estudo é relevante pelo caráter crônico da aids que prevê o acompanhamento dos pacientes em longo prazo. Há que se considerar o estudo relevante também, uma vez que as representações sociais, como afirmam Sá (2002) e Abric (1994a, 2003a), são orientadoras e justificadoras das ações dos atores sociais em relação a determinado objeto. Assim, pode-se dizer que o desvelamento das representações em questão permitem o entendimento dos aspectos condicionantes da significação da qualidade de vida no contexto da convivência com

a aids, no contexto de vivências específicas delimitado no estudo e, portanto, podem fornecer elementos para subsidiar as práticas profissionais de cuidado, bem como o desenvolvimento de políticas públicas relacionadas à questão em tela.

Nesse sentido, as contribuições esperadas para o campo da saúde visam aprofundar o conhecimento acerca das representações constituídas pelas pessoas vivendo com HIV, fortalecendo e ampliando o aporte teórico para a produção de práticas de cuidado pautadas no protagonismo dessas pessoas. Além de cooperar para a construção de conhecimentos na linha de pesquisa “Saberes, Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem”.

## 1 REFERENCIAL TEMÁTICO

Em 1986 quando tinha 14 anos de idade, assistia junto com amigos o clip “Ideologia” de Cazuzza, num programa de TV.

- Você já ouviu falar: Cazuzza está com uma doença chamada aids? Perguntou-me um deles.

- Aids? Nunca ouvi falar nisso não!

- Eu já. É uma doença terrível, a pessoa morre sequinha, mas só quem pega são os veados. Li num jornal que Cazuzza está com essa doença.

- Mas Cazuzza não é veado, ele transa com homens e com mulheres.

- Bom não sei, só sei que ouvi esses comentários.

Foi a primeira vez que ouvi falar nessa tal de aids.

*Cazu Barroz*

Para discutir a problemática abordada neste estudo é necessário, primeiramente, compreender os aspectos históricos, a epidemiologia, os aspectos clínicos gerais, conceituais e as repercussões psicossociais envolvidos na dinâmica da epidemia brasileira do HIV/aids. É válido ressaltar que a trajetória do HIV/aids ao longo das décadas determinou mudanças das representações sociais (RS), as quais serão abordadas neste estudo.

## 1.1 O vírus do HIV

### 1.1.1 Elementos fisiopatológicos e clínicos do HIV e da síndrome

O HIV é um retrovírus com genoma RNA, da Família *Retroviridae* (retrovírus) e subfamília *Lentivirinae*. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode, então, integrar-se ao genoma do hospedeiro. Embora não se saiba ao certo qual a origem do HIV-1 e 2, sabe-se que uma grande família de retrovírus relacionados a eles está presente em primatas não-humanos, na África sub-Saariana. Todos os membros desta família de retrovírus têm a capacidade de infectar linfócitos através do receptor CD4. Aparentemente, o HIV1 e o HIV-2 passaram a infectar o homem entre os anos 40 e 50, sendo o primeiro tipo mais comum no Brasil e no mundo (BRASIL, 2002; FAUCI; LANE, 2006).

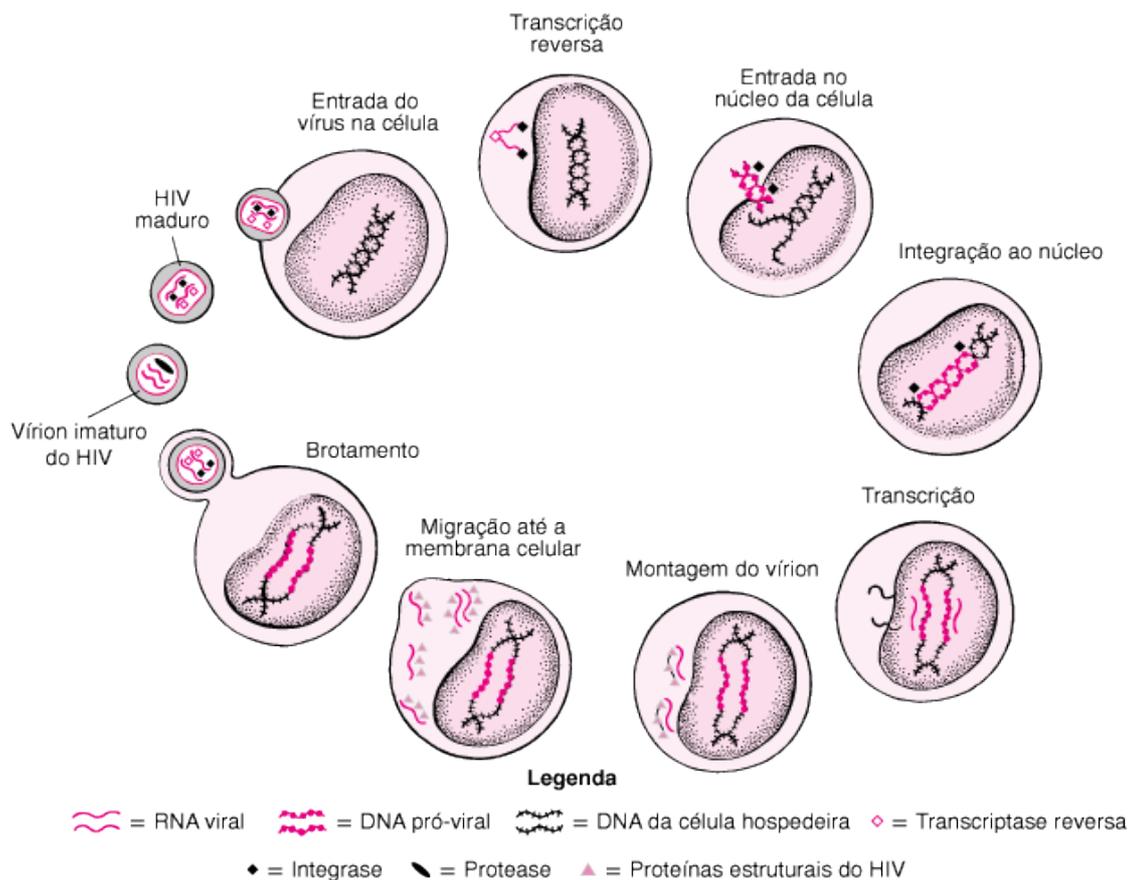
Os lentivírus não oncogênicos podem causar doenças em outras espécies animais, como ovelhas, cavalos, cabras, vacas, gatos e macacos. Os quatro retrovírus humanos reconhecidos pertencem a dois grupos diferentes: vírus com tropismo para linfócitos T humanos (HTLV, células T humanas vírus linfotrópico) I e II, que são transformadores de retrovírus, e os vírus da imunodeficiência humana, HIV-1 e HIV-2, que têm efeitos citopáticos direta ou indireta (FAUCI; LANE, 2006).

A transmissão do HIV requer contato com secreções fisiológicas, especificamente sangue, sêmen, secreção vaginal, leite materno, saliva, exsudatos de lesões, ou lesões de pele e de mucosas que contenham vírions HIV livres ou células infectadas. A transmissão é mais provável com os altos níveis de vírions que são típicos durante a infecção primária, mesmo quando essas infecções são assintomáticas. A transmissão por saliva ou gotículas produzidas por tosse ou espirros, embora possível, é extremamente improvável. O HIV não é transmitido por contato casual não sexual que ocorra no trabalho, na escola, ou no domicílio (BRASIL, 2002). Após a transmissão do vírus, há um período de aproximadamente

dez dias, denominado de fase eclipse, antes que o RNA viral seja detectável no plasma (BRASIL, 2016).

O HIV é um vírus de RNA cuja característica essencial é a transcrição reversa do seu RNA genômico ao DNA a partir da atividade da transcriptase reversa. O ciclo de vida do HIV começa com a união de alta afinidade da proteína gp120, através de uma porção de sua região V1 ao seu receptor na superfície da célula hospedeira, a molécula CD4+ (FAUCI; LANE, 2006). Uma vez o vírus acoplado a célula do hospedeiro, a membrana celular e o envoltório viral se unem, com a consequente invasão do vírus no citoplasma celular (Figura 1).

Figura 1 – Ciclo de vida simplificado do HIV



Fonte: MERCK SHARP; DOHME CORP, 2019

No citoplasma, ocorre o afrouxamento do capsídeo viral e a síntese do DNA viral pela enzima *transcriptase reversa*. O RNA viral transforma-se então em DNA de fita dupla, que se une a enzima *integrase*, com posterior migração para o núcleo

celular. A enzima *integrase* introduz o DNA viral no DNA celular, denominado então DNA *proviral*. Assim, o vírus torna-se capaz de controlar a síntese celular, produzindo RNA mensageiro viral, que irá atuar na síntese de proteínas e genoma viral no citoplasma celular. Novos vírus serão produzidos, e ao serem externalizados e completarem seu processo de maturação viral, serão capazes de infectar novas células (BRASIL, 2016).

A partir dessa pequena população de células infectadas, o vírus é disseminado inicialmente para os linfonodos locais e depois sistemicamente e em número suficiente para estabelecer e manter a produção de vírus nos tecidos linfoides, além de estabelecer um reservatório viral latente, principalmente em linfócitos T CD4+ de memória. A replicação viral ativa e a livre circulação do vírus na corrente sanguínea causam a formação de um pico de viremia por volta de 21 a 28 dias após a exposição ao HIV. Essa viremia está associada a um declínio acentuado no número de linfócitos T CD4+ (BRASIL, 2016).

A molécula CD4+ é uma proteína predominantemente encontrada em uma subpopulação de linfócitos T responsável pela função colaborativa no sistema imunológico. Esta molécula também é expressa na superfície de monócitos/macrófagos e células dendríticas/Langerhans (FAUCI; LANE, 2006). Dado o papel fundamental exercido por tais linfócitos na promoção da resposta imune, a doença se caracteriza por uma imunodepressão grave, em consequência da deficiência quantitativa e qualitativa progressiva desse subgrupo de células do sistema imune (AOKI, 2001).

A extraordinária diversidade do HIV, refletida pela presença de múltiplos subtipos, formas recombinantes circulantes e evolução viral contínua, tem implicações para possíveis taxas diferenciais de progressão da doença, respostas ao tratamento e desenvolvimento de resistência aos medicamentos antirretrovirais. Essa diversidade também é um obstáculo para o desenvolvimento de uma vacina para o HIV, uma vez que é necessário que uma vacina difundida induza respostas protetoras contra grande variedade de cepas virais (FAUCI; LANE, 2006).

Na fase de expansão e disseminação sistêmica, há a indução da resposta imunológica, mas esta é tardia e insuficiente em magnitude para erradicar a infecção. A ativação imune, por outro lado, produz uma quantidade adicional de linfócitos T CD4+ ativados que servem de alvo para novas infecções. Ao mesmo tempo, o número crescente de linfócitos T CD8+ exerce um controle parcial da

infecção, mas não suficiente para impedir, em ausência de terapia, a lenta e progressiva depleção de linfócitos T CD4+ e a eventual progressão para a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) (BRASIL, 2016).

Segundo Vilar et al. (2011) a infecção assintomática pode durar de 10 a 25 anos. Neste período, o indivíduo geralmente cursa sem sintomatologia ou com aumento dos gânglios linfáticos (linfadenopatia), persistente e indolor. A aids é uma fase mais avançada da imunodeficiência dentro do espectro da infecção crônica pelo HIV. O mais recente protocolo clínico e diretrizes terapêuticas brasileiro para manejo da infecção pelo HIV, lançado em 2018 pelo Ministério da Saúde, refere como definidor da aids o aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias. Entre as infecções oportunistas, destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens. Nessas situações, a contagem de Linfócito T CD4+ situa-se abaixo de 200 céls/mm<sup>3</sup>, na maioria das vezes (BRASIL, 2018c).

A infecção pelo HIV pode ser dividida em quatro fases clínicas:

- a) infecção aguda;
- b) fase assintomática, também conhecida como latência clínica;
- c) fase sintomática inicial ou precoce;
- d) AIDS.

Como a infecção pelo HIV tem acometimento sistêmico, o exame físico completo é uma importante ferramenta no momento da consulta para achados de sinais clínicos comumente associados à doença. A síndrome da infecção aguda pelo HIV ocorre geralmente entre duas e seis semanas após a infecção, manifestando-se de forma sintomática em mais de 60% das pessoas infectadas, com sintomas desde leves até proeminentes, necessitando algumas vezes de internação hospitalar. Nas manifestações clínicas relacionadas à infecção aguda pelo HIV o paciente pode estar assintomático ou apresentando um ou mais dos sintomas a seguir (RIO DE JANEIRO, 2016):

- a) febre (38 a 40°C);
- b) linfadenopatias (cervical anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar) indolores, simétricas e móveis;

- c) náusea;
- d) diarreia;
- e) perda de peso;
- f) dor de garganta;
- g) rash cutâneo;
- h) ulcerações mucocutâneas;
- i) mialgia/artralgia;
- j) cefaléia;
- k) meningite asséptica.

O quadro clínico tem resolução espontânea, normalmente, após 1 a 4 semanas. O diagnóstico na infecção aguda é pouco realizado devido ao baixo índice de suspeição, por isso a importância de relacionar alguns sintomas a relato de exposição a fatores de risco e janela imunológica.

Sendo o quadro altamente sugestivo de infecção aguda pelo HIV ou se a pessoa apresentar fatores de risco, é possível realizar Teste Rápido de HIV em unidades de atenção primária por todo o território nacional. O protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos expõe como fundamental que os profissionais de saúde ofereçam a possibilidade de testagem para o HIV e outras IST a todos os pacientes sexualmente ativos, independentemente de sintomas ou queixas (BRASIL, 2018c).

Testes rápidos são aqueles cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em no máximo 30 minutos, primariamente, recomendados para testagens presenciais. São de fácil execução e não necessitam de estrutura laboratorial, pois são feitos com amostra de sangue total obtida da polpa digital, punção venosa ou amostras de fluido oral (BRASIL, 2019). Em 17 de dezembro de 2013, foi publicada a Portaria nº 29 que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV e normatiza a testagem para o HIV em território nacional. Segundo a Portaria nº 29, a testagem anônima é assegurada, entretanto o indivíduo deverá ser informado no momento da coleta que não será fornecido resultado por escrito (BRASIL, 2013a).

Um dos objetivos da abordagem inicial de um profissional de saúde para com uma pessoa com diagnóstico de infecção pelo HIV é estabelecer uma relação de confiança e respeito entre esta e a equipe multiprofissional do serviço de saúde.

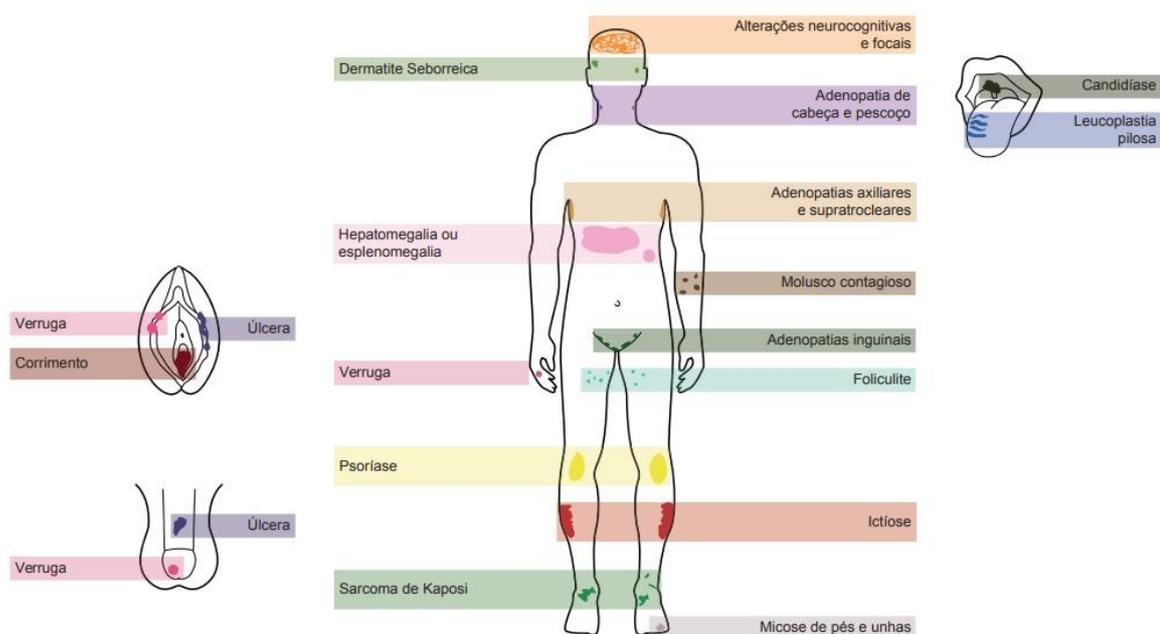
Um diálogo assertivo, em uma linguagem acessível, permite a compreensão e o esclarecimento de eventuais dúvidas que a uma pessoa vivendo com HIV possa ter, além de abrir caminho para a superação de dificuldades.

O protocolo clínico e de diretrizes para o manejo do HIV mais recente e o guia de referência rápida em HIV orientam que a investigação não deve ser esgotada na primeira consulta, mas precisa ser complementada e atualizada nos atendimentos subsequentes, tanto pelo médico como por outro membro da equipe de saúde, conforme as particularidades de cada serviço (BRASIL, 2018; RIO DE JANEIRO, 2016). São informações integrantes da anamnese:

- a) informações específicas sobre infecção pelo HIV;
- b) história médica atual e passada;
- c) riscos e vulnerabilidades;
- d) história psicossocial;
- e) saúde reprodutiva;
- f) história familiar.

Recomenda-se também um exame físico cuidadoso focado nas principais manifestações sistêmicas da infecção pelo HIV como demonstra a Figura 2:

Figura 2 – Manifestações clínicas que podem estar relacionadas à infecção pelo HIV



No Dia Mundial de Luta contra a aids do ano de 2013, o Ministério da Saúde do Brasil estendeu tratamento para todos com HIV. A medida inovadora representou aumento de 32% no número de paciente atendidos com antirretrovirais no país. Adultos com testes positivos de HIV, mesmo antes de apresentarem comprometimento do sistema imunológico, passaram a ter acesso aos medicamentos antirretrovirais contra a aids pelo SUS.

Em 2017, uma parceria entre países e agências internacionais, incluindo o Joint United Nations Programme on HIV/aids (UNAIDS), ampliou o acesso ao primeiro tratamento genérico do HIV contendo o composto Dolutegravir. A iniciativa levou terapia para mais de 90 países de média e baixa renda com um preço reduzido, cerca de 75 dólares por paciente ao ano. Os medicamentos são disponibilizados em regime de pílula única, a ser administrada uma vez ao dia (NAÇÕES UNIDAS, 2017).

A oferta com antirretrovirais é uma medida que impacta a saúde individual, porque garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV, e na saúde pública, porque a pessoa em tratamento com antirretrovirais, ao diminuir sua carga viral, reduz a propagação do HIV (BRASIL, 2013b).

### 1.1.2 Histórico epidemiológico, político e social da aids

A contar dos primeiros casos confirmados em 1980, a aids se revela como uma desafiadora expressão da questão social. Seja nos Estados Unidos como em sua chegada ao Brasil, carregou consigo preconceitos, moralismos e medo, associados às características próprias de cada país por onde foi se estabelecendo. Desta forma, a aids tornou-se uma doença provocadora, sobre tudo, por suas características sociais.

Ao acometer pessoas com alto poder aquisitivo notou-se grandes esforços do poder público e da comunidade científica para apurar a doença. Com a mudança de perfil das pessoas infectadas pelo HIV, percebe-se o distanciamento do poder público e, por consequência, a responsabilização da sociedade civil (CÂNDIDO e

RAMOS, 2018). Dito isto, esse capítulo se propõe a apontar os principais momentos históricos, epidemiológicos, políticos e sociais que permeia o HIV no mundo.

#### 1.1.2.1 Pré 1980

Acredita-se que o HIV passou dos chimpanzés para os humanos na década de 1920 no que hoje é a República Democrática do Congo. Isso ocorreu provavelmente como resultado de chimpanzés portadores do vírus da imunodeficiência simia (SIV), um vírus intimamente relacionado ao HIV, sendo caçados e comidos por pessoas que vivem na área. O HIV começou a se espalhar ao longo das rotas históricas de comércio da bacia do Congo nos anos 1920 (ORIGIN, 2018). A área ao redor de Kinshasa, na República Democrática do Congo era repleta de conexões de transporte, como estradas, ferrovias e rios. A área também teve um crescente comércio sexual na época em que o HIV começou a se espalhar.

A alta população de migrantes e o comércio sexual podem explicar como o HIV se espalhou ao longo dessas rotas de infraestrutura. Em 1937, chegou a Brazzaville, a cerca de 120 km a oeste de Kinshasa (GALLAGHER, 2014). Por volta de 1960, as ligações ferroviárias promoveram a disseminação do vírus para as áreas de mineração no sudeste do Congo e além.

Na década de 1960, o subtipo 'B' do HIV-1 (um subtipo de cepa M) chegou ao Haiti. Neste momento, muitos profissionais haitianos que trabalhavam na República Democrática do Congo durante a década de 1960 retornaram ao Haiti. Inicialmente, eles foram responsabilizados por serem responsáveis pela epidemia do HIV e sofreram racismo, estigma e discriminação como consequência. A partir desses primeiros eventos, nasceu uma pandemia. Em 1980, metade de todas as infecções na República Democrática do Congo estavam em locais fora da área de Kinshasa, refletindo a crescente epidemia (FARIA, 2014).

### 1.1.2.2 Anos 80

Muitos materiais históricos relatam que o HIV começou na década de 1980 nos Estados Unidos da América (EUA), porém foi justamente nesta década que a sociedade começou a tomar conhecimento do HIV e ele foi oficialmente reconhecido como uma nova condição de saúde (ORIGIN, 2018). Em 1981 alguns casos de doenças raras estavam sendo relatados entre gays em Nova York e na Califórnia, como o Sarcoma de Kaposi e uma infecção pulmonar chamada PCP (pneumonia pelo *Pneumocystis*) (HYMES et al., 1981). Neste ano o *Centers for Disease Control* (CDC), dos Estados Unidos, publica artigo relatando cinco casos de *Pneumocystis carinii* em homens jovens em Los Angeles identificados como homossexuais sendo que dois já haviam falecido (CENTERS FOR DISEASE CONTROL, 1981).

O Boletim Epidemiológico reportou o primeiro caso de aids no Brasil e o primeiro óbito em 1980. O caso é identificado como masculino e de transmissão sexual. O Boletim Epidemiológico Aids, no seu formato impresso, começou a circular em 1987. Neste número do Boletim, os primeiros casos de aids no Brasil, em um total de seis, são identificados como tendo ocorrido em 1982. Mas os números de casos de aids foram revistos e foram alterados em boletins posteriores, como neste caso, identificado como tendo ocorrido em 1980, mas notificado anos depois.

A primeira matéria encontrada sobre a aids no Brasil foi noticiada no dia 3 de setembro de 1981, com o título “Câncer em homossexuais é pesquisado nos EUA”, no Jornal do Brasil. Assim a enfermidade passa a existir e a ser estudada pela comunidade científica quando ela atingia os homossexuais masculinos, constituindo-se rapidamente uma relação que passa a ser abordada de forma sensacionalista na maioria das matérias de jornais do Brasil e do mundo.

A aids surge como uma doença que se restringia a um determinado grupo de risco, ou seja, os gays, que foram responsabilizados pela disseminação dessa enfermidade. A disseminação dos conhecimentos científicos divulgados pela comunidade científica e pelas reportagens jornalísticas que demonstravam a relação entre a aids e a população homossexual (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a), favoreceram a construção dos estigmas e das RS da aids (JODELET, 2001; OLIVEIRA et al., 2007).

Em 1982 é dado o nome GRID (Gay-Related Immune Deficiency) para descrever a nova síndrome. A princípio, a doença era chamada de todos os tipos de nomes relacionados à palavra "gay" (BRENNAN; DURACK, 1981). Foi em meados de 1982 que os cientistas perceberam que a "doença" também estava se espalhando entre outras populações, como hemofílicos e usuários de heroína (CENTERS FOR DISEASE CONTROL, 1982a, 1982b). Durante o ano são identificados três modos de transmissão: sangue, mãe para filho e através de relação sexual. Em setembro daquele ano, a "doença" foi finalmente denominada aids.

Em Uganda, os médicos relataram casos de uma nova e fatal doença devastadora, conhecida localmente como "magra" (SERWADDA et al., 1985). No Brasil, o Boletim Epidemiológico reportou 10 casos de aids, todos entre homens, e 10 óbitos.

Na grande imprensa francesa a aids foi citada pela primeira vez no *Libération* como "misterioso câncer dos homossexuais americanos", e no *Le Quotidien* como "uma doença desconhecida ameaça os homossexuais". Três meses depois destas notícias, a doença surgiu na televisão francesa, em telejornal de horário nobre, em que o professor Saimot falou sobre o "câncer dos homossexuais" (CAMARGO, 2003).

Somente em 1983, é criado no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo um programa de aids. Neste mesmo ano, o grupo gay paulista denominado Outra Coisa distribui folhetos com informações sobre a doença e formas de prevenção. Apesar da distante realidade assombrosa que tomava os grandes centros norte-americanos, o assunto aids era algo que, ainda discretamente, estava presente nos grandes periódicos.

Uma manchete com grande destaque e referida por alguns como a primeira reportagem sobre a aids no Brasil, foi divulgada em 1983 e intitulada "Tragédia venérea" de Letânia Menezes, na revista "Isto É" (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a). Segundo Bessa (2002), a imprensa brasileira passou a fornecer notícias principalmente vindas dos Estados Unidos.

As manchetes destacam a importância da imprensa na formação da RS da aids, no Brasil. Demonstam a associação visível entre a população acometida à época e a aids. Evidentemente, essas informações eram provenientes do meio

científico e do que a ciência e medicina pensava e conhecia sobre a doença, e de como esse conhecimento impactou nas ações epidemiológicas e de saúde pública no controle e tratamento. Em 1983 foram 39 casos de aids no Brasil, com 38 óbitos (2 entre mulheres) (GALVÃO, 2002).

Na França, em 1983, o Instituto Pasteur acreditava que havia isolado um novo vírus, que causava a aids, sendo chamado LAV (Lymphadenopathy-associated vírus). Neste mesmo ano os CDC dos Estados Unidos listaram os principais grupos de risco, incluindo parceiros de pessoas com aids, pessoas que injetavam drogas, hemofílicos e pessoas que haviam ido recentemente ao Haiti. Na época em que os casos de aids começaram a surgir nos EUA, a ausência de informações definitivas sobre o HIV e sua ligação com a aids inflou o pânico e o estigma em torno da epidemia. Em pouco tempo, as pessoas começaram a falar coloquialmente sobre um “Clube 4-H” em risco de exposição ao HIV: homossexuais, hemofílicos, viciados em heroína e haitianos, contribuindo para uma maior estigmatização (FARMER, 1992).

No ano seguinte, 1984, o governo norte-americano anuncia que o Dr. Robert Gallo, do Instituto Nacional do Câncer, isolara um retrovírus que causaria a aids. O vírus foi denominado HTLV-III, neste mesmo ano a aids é declarada como uma doença notificável nos estados Unidos.

Em 1985, é realizado em Atlanta (EUA), a I Conferência Internacional de aids. Ryan White, um adolescente de Indiana, EUA, que adquiriu a aids através de produtos sanguíneos contaminados usados para tratar sua hemofilia, foi banido da escola (JOHNSON, 1990). White, que colocou o rosto de uma criança na aids, tornou-se um líder na luta pela maior compreensão e compaixão por aqueles com a “doença mortal”, como era descrita na época. Faleceu em 1990 aos 18 anos de idade. No Brasil, a portaria 236 do Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para o programa de controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

No ano seguinte, 1986, a aids passa a ser uma doença de notificação compulsória a partir da portaria 542 do Ministério da Saúde. Mesmo ano que o Boletim Epidemiológico reportou 1206 casos, dentre esses, 76 em mulheres e 916 óbitos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) cria o *Special Programme on Aids*. Um comitê internacional avalia e declara que LAV e HTLV-III são um mesmo vírus. Um novo nome é dado: HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) (CASE, 1986).

Em 1987 o AZT é aprovado como medicamento para aids. Os EUA aprovam uma legislação que proíbe a entrada no país de pessoas vivendo com HIV. Ao mesmo tempo em que é fundado, em Londres, o Steering Committee of People Living with HIV/aids, que em 1992 mudou o nome para Global Network of People Living with aids (GNP+). Em julho, a OMS confirmou que o HIV poderia ser transmitido de mãe para filho durante a amamentação (ORIGIN, 2018). Em novembro, a organização informa que o número total de casos notificados em todo mundo era de 62.811 casos de aids (GALVÃO, 2002).

Assistiu-se neste ano o isolamento do vírus denominado HIV-1 pelos cientistas brasileiros da Fiocruz, alterando o curso da epidemia no país, permitindo assim novos estudos moleculares, bioquímicos, antigênicos e filogenéticos do patógeno. Este isolamento foi essencial para a identificação de cepas predominantes no país, produção de vacinas e medicações específicas para a população brasileira, comparação de subtipos de acordo com a diversidade regional, e monitoramento da resistência dos pacientes a medicação (BRASIL; FIOCRUZ, 2016)

No Brasil, foi em 1988 a criação do Programa Nacional de Aids de âmbito federal e início da distribuição de medicamentos para infecções oportunistas pelo sistema público de saúde, assim como a criação do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal. Ao final do ano é estabelecido pela OMS que 1º de dezembro seria o Dia Mundial de Luta Contra a aids.

### 1.1.2.3 Anos 90

Em 1990 o então Presidente da República Fernando Collor de Mello faz o primeiro pronunciamento oficial sobre aids em cadeia nacional por ocasião do dia 1º de dezembro, neste mesmo ano o AZT começa a ser distribuído no sistema público de saúde. Em contrapartida, foi reportado no Brasil, 11921 casos de aids sendo 8162 óbitos, e a OMS reporta o total de 307 mil casos oficialmente notificados em todo o mundo (GALVÃO, 2002). Em junho, a 6ª Conferência Internacional de Aids,

em São Francisco, protestou contra a política de imigração dos EUA, que impedia que pessoas com HIV entrassem no país.

O laço vermelho é o símbolo internacional de conscientização relacionado a aids, e foi lançado em 1991 em Florença (Itália) na VII Conferência Internacional da aids. No Brasil, o AZT começa a ser fabricado por um laboratório privado em 1993, mesmo ano que foi assinado o primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o “Projeto de Controle da Aids e DST”, conhecido com “AIDS I”. A essa altura, o Boletim Epidemiológico já reportava 18341 casos de aids, sendo 4314 casos em mulheres, e 11190 óbitos (2500 entre mulheres).

A organização da chamada sociedade civil foi de extrema importância na luta contra a epidemia da aids. Esta organização ocorreu principalmente através das Organizações Não-Governamentais (ONG). No Brasil, as ONG se desenvolveram principalmente após a década de 80. No caso da epidemia da aids, essas organizações lutavam não somente para proporcionar melhores tratamento e recursos para a doença, mas suas ações se basearam na solidariedade, proteção e busca pelos direitos das pessoas vivendo com HIV e de grupos sociais que eram considerados como “grupos de risco” para o HIV, através da denúncias das desigualdades sociais e das lutas pelos direitos das populações descritas como minoritárias. Diversas associações de luta contra a aids foram criadas por homossexuais, hemofílicos ou doentes de aids, como o Grupo de Incentivo à Vida e a Rede de Pessoas Vivendo com Aids (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015b).

Em 1994, o estudo ACTG 076 mostra uma redução do risco de transmissão do HIV da mãe para o bebê. Em dezembro deste mesmo ano, é realizado em Paris o “Paris Aids Summit” que teve como uma das propostas, o princípio do GIPA (Greater Involvement of People Living with HIV/aids) nas políticas locais, regionais e globais de aids.

Um marco para a concretização de políticas públicas na distribuição gratuita dos antirretrovirais foi a Conferência Internacional de aids de 1996, em Vancouver, Canadá. Durante a gestão de Pedro Chequer no Programa DST/aids brasileiro, iniciou-se uma estratégia de fabricação de medicações antirretrovirais genéricas. O ano foi marcado pelo início da implementação nacional da distribuição gratuita e universal dos ARVs na rede pública de saúde brasileira através da lei 9313/96 que

dispõe sobre o recebimento gratuito de medicações para tratamento da aids no território brasileiro (BRASIL, 1996).

Neste mesmo ano o Programa Global de Aids foi transformado em Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/aids (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, UNAIDS). Novos surtos de HIV foram detectados na Europa Oriental, na antiga União Soviética, na Índia, no Vietnã, no Camboja e na China, entre outros (ORIGIN, 2018).

Foi no ano de 1997 que a UNAIDS reconheceu em sua cronologia dos 20 anos de HIV/aids, que o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a distribuir a terapia antirretroviral através do sistema público de saúde. Neste ano, o Ministério da Saúde gasta 224 milhões de dólares com ARVs e atende 35900 pessoas. Os números de casos de aids seriam 23.546, e 8.360 óbitos. No período de 1995-2000, em virtude da administração dos ARVs, a mortalidade por aids caiu 54%, no município de São Paulo, e 73%, no município do Rio de Janeiro.

O ano de 1999 foi marcado por diferentes descobertas. Começa na Tailândia, o primeiro teste de eficácia de uma potencial vacina anti-HIV. Em outra pesquisa, foi descoberto uma cepa de SIV (chamada SIVcpz) em um chimpanzé que era quase idêntico ao HIV em humanos. Os pesquisadores que descobriram essa conexão concluíram que ela provou que os chimpanzés eram a fonte do HIV-1 e que o vírus havia, em algum momento, cruzado espécies de chimpanzés para humanos.

Os mesmos cientistas então conduziram mais pesquisas sobre como o SIV poderia ter se desenvolvido nos chimpanzés. Eles descobriram que os chimpanzés haviam caçado e comido duas espécies menores de macacos (mangabeis com capas vermelhas e grandes macacos-de-nariz-de-nariz). Estes macacos menores infectaram os chimpanzés com duas estirpes diferentes de SIV que se juntaram então para formar um terceiro vírus (SIVcpz) que poderia ser passado para outros chimpanzés. Esta seria a cepa que também pode infectar humanos. A cepa mais estudada do HIV é o HIV-1 Grupo M, que é a cepa que se espalhou pelo mundo e é responsável pela grande maioria das infecções por HIV hoje.

A OMS anunciou que a aids era a quarta maior causa de morte em todo o mundo e o assassino número um na África. Estimou-se que 33 milhões de pessoas viviam com o HIV e 14 milhões de pessoas morreram de aids desde o início da epidemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

O MS (BRASIL, 1999) destaca o impacto epidemiológico do aumento da epidemia da aids nas populações mais carentes, fato este relacionado aos limites relacionados à falta de entendimento sobre a utilização de práticas seguras, além do baixo nível escolar como aspecto dificultador na percepção e compreensão da própria vulnerabilidade ao HIV.

A pauperização da epidemia relaciona-se à baixa escolaridade, o que reflete nas ações de âmbito preventivo, principalmente de cunho educativo. A interiorização da epidemia associa-se à pauperização, pois geralmente os locais mais afastados possuem menos recursos para a saúde e comunitários; à migração sazonal, onde o indivíduo parte em busca de melhores condições de trabalho e vida para regiões metropolitanas, o que contribuiu para a interiorização da epidemia (BISCOTTO et al., 2013). Além disso, a interiorização está ligada a pauperização da epidemia, e gera reflexos sobre o serviço e ações de saúde.

Ao analisar as tendências epidemiológicas do HIV na população brasileira, é fácil identificar a tendência de pauperização da epidemia, visto que as ações de prevenção do HIV estão relacionadas a medidas educativas e de divulgação. Via de regra, os indivíduos com menos recursos econômicos possuem baixa escolaridade, menor acesso aos serviços de saúde e menor alcance das ações educativas em saúde.

A educação em saúde e a conscientização do indivíduo para os comportamentos de risco na contaminação pelo HIV possuem extrema importância na prevenção da infecção. O conhecimento e a escolaridade favorecem o entendimento dos comportamentos envolvidos na transmissão do HIV, o que pode gerar mudanças de práticas.

#### 1.1.2.4 Anos 2000

Na virada do século, o relatório da UNAIDS/OMS menciona o número de 36.1 milhões de pessoas com HIV/aids em todo o mundo. No ano 2000, as Nações Unidas adotaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que incluíam um objetivo específico para reverter a disseminação do HIV, malária e tuberculose. Em

2001 é realizado em Nova York (Estado Unidos) a Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU (Organização das Nações Unidas) sobre HIV/aids.

A Declaration of Commitment on HIV/aids menciona que 90% dos casos de aids estão em países em desenvolvimento. A essa altura, Thabo Mbeki, presidente da África do Sul, ainda negava que o HIV causa aids. Como avanço, em novembro de 2001, a China realizava a sua primeira conferência nacional de aids.

Em dezembro, a Suprema Corte de Pretória determina que o Governo Sul-africano distribua medicamentos para aids para mulheres grávidas visando reduzir a transmissão do HIV da mãe para a criança. No mesmo mês, o Governo Sul-africano apela com relação a ordem judicial de distribuir medicamentos para aids para mulheres grávidas. Relatório da UNAIDS/OMS menciona o número de 40 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids em todo o mundo.

Biscotto et al. (2013) relacionam a feminilização da epidemia às questões biológicas e desigualdades de gênero, através das instâncias políticas, culturais, socioeconômicas e educacionais. As questões de gênero influenciam as sociedades como um todo, e mesmo as demandas de ordem política e judiciária ainda passam por alterações para contemplar os diversos estratos da sociedade. A mulher é historicamente tratada de forma desigual, o que impacta em suas decisões, hábitos e ações.

O número estimado de mortes em 2001 foi de três milhões de pessoas. Em 2006, a circuncisão masculina reduziu o risco de transmissão do HIV de mulher para homem em 60%. Desde então, a OMS e a UNAIDS têm enfatizado que a circuncisão masculina deve ser considerada em áreas com alta prevalência de HIV e baixa circuncisão masculina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Em janeiro de 2010, a proibição de viagens que impedia pessoas vivendo com HIV de entrar nos EUA foi suspensa (PRESTON, 2009). Em julho, o ensaio microbicida CAPRISA 004 foi aclamado como um sucesso após os resultados mostrarem que o gel microbicida reduz o risco de infecção pelo HIV nas mulheres em 40% (KARIM et al., 2010). Os resultados do estudo iPrEx mostraram uma redução na aquisição do HIV de 44% entre homens que fazem sexo com homens que fizeram profilaxia pré-exposição (PrEP) (GRANT, 2010).

No ano de 2011, os resultados do estudo HPTN 052 mostraram que o início precoce do tratamento antirretroviral reduziu o risco de transmissão do HIV em 96%

entre casais sorodiscordantes (COHEN, 2011). Em 2013, a UNAIDS informou que as mortes relacionadas à aids caíram 30% desde o pico em 2005. Estima-se que 35 milhões de pessoas vivam com o HIV (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2013).

Em setembro de 2014, novas metas “Fast Track” do UNAIDS pediram o aumento dramático dos programas de prevenção e tratamento do HIV para evitar 28 milhões de novas infecções e acabar com a epidemia como um problema de saúde pública até 2030. O UNAIDS também lançou os ambiciosos 90-90-90 alvos que visam 90% das pessoas que vivem com o HIV a serem diagnosticadas, 90% dos diagnosticados com acesso ao tratamento antirretroviral e 90% dos que acessam o tratamento para alcançar a supressão viral até 2020 (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2017).

No ano seguinte, em setembro de 2015, a OMS lançou novas diretrizes de tratamento recomendando que todas as pessoas que vivem com o HIV recebam tratamento antirretroviral, independentemente de sua contagem de CD4, e o quanto antes após o diagnóstico.

Pela primeira vez, no ano de 2017, mais da metade da população global que vive com o HIV está recebendo tratamento antirretroviral, um recorde de 19,5 milhões de pessoas. Organizações em todo o mundo endossam "Undetectable = Untransmittable" (U=U). Este slogan antiestigma lançado pela Campanha de Acesso à Prevenção é baseado em evidências científicas robustas de que as pessoas que aderiram ao tratamento e conseguiram uma carga viral indetectável não conseguem transmitir o vírus. Em 2017, 'U=U' se torna uma mensagem definidora da resposta ao HIV em muitos países com bons recursos, mas não consegue ter o mesmo impacto em configurações de recursos mais baixas, onde o monitoramento da carga viral é mais difícil.

A resposta brasileira à epidemia da aids pautou-se na ideia de que cabe ao Estado assegurar uma política de solidariedade, reconhecendo em cada paciente a condição de cidadão pertencente a uma nação que o ultrapassa. Uma premissa da filosofia política é de que uma democracia forte se faz com instituições justas. A política de saúde adotada pelo Estado brasileiro está longe de garantir equidade e qualidade na assistência médica a todos os cidadãos. Contudo, no caso da aids, os

instrumentos da política de acesso universal à proteção médico-social foram fundamentais para os avanços obtidos (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015b).

Em 2018, o Brasil chegou aos 30 anos de luta contra o HIV e aids com registro de queda do número de óbitos por aids. Segundo o Boletim Epidemiológico de 2018 (BRASIL, 2018d), em quatro anos, a taxa de mortalidade pela doença deslocou-se de 5,7 por 100 mil habitantes em 2014 para 4,8 óbitos em 2017.

A campanha “Tratamento para todos”, lançada em 2013, e a melhoria do diagnóstico contribuíram para a queda, além da ampliação do acesso à testagem e redução do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento segundo Adele Benzaken, diretora do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, no lançamento do Boletim Epidemiológico de 2018 ocorrido em Brasília no dia 27 de novembro de 2018 (BRASIL, 2018e).

Em 20 anos, essa foi a queda da taxa de mortalidade mais significativa. A última vez que o país registrou quedas tão expressivas, foi entre 1996 e 1997, período marcado pelo início da implementação nacional da distribuição gratuita e universal dos ARVs na rede pública de saúde brasileira através da lei 9313/96 (BRASIL, 1996; 2018e).

No mesmo dia da apresentação do Boletim Epidemiológico, o Ministério da Saúde lançou uma nova campanha publicitária contra a aids em celebração as conquistas dos 30 anos do Dia Mundial de Luta contra a Aids. Data esta, instituída em 27 de outubro de 1988 pela Assembleia Geral da ONU e a Organização Mundial da Saúde, cinco anos após a descoberta do vírus causador da aids.

Na ocasião, também foram lançados dados do Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. O monitoramento clínico engloba uma série de indicadores que retrata a trajetória das Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) nos serviços de saúde, desde o diagnóstico até a supressão viral, compondo a cascata de cuidado contínuo.

A publicação engloba os resultados do monitoramento clínico do ano de 2017 e dos primeiros nove meses de 2018, até 30 de setembro. Em 2017, estimava-se 866 mil pessoas vivendo com HIV no Brasil, das quais 559 mil são homens e 307 mil são mulheres. Desse total de 866 mil pessoas, 84% (731 mil) já estavam diagnosticadas; 75% (548 mil) estavam em tratamento antirretroviral; e 92% (503 mil) já tinham carga viral indetectável (BRASIL, 2018f).

As metas estipulam que 90% das pessoas diagnosticadas com HIV estejam em tratamento e com carga viral indetectável até 2020 (BRASIL, 2018e).

### 1.1.3 Elementos psicossociais relacionados ao HIV: estruturação de respostas sociais da aids

Conforme citado nas considerações iniciais, a importância da ideia de vulnerabilidade reside no reconhecimento de que a infecção pelo HIV não depende apenas da informação e da postura individual, mas de uma cadeia de fatores estruturais, que afetam os indivíduos, independentes de sua vontade, como por exemplo, a desigualdade de condições econômicas.

O estudo da vulnerabilidade esteve correlacionado à história da epidemia de HIV/aids, na década de 1990, quando foram realizados recortes de intervenção norteados por enfoques da atenção integral e processos de mobilização social fundamentados nos Direitos Humanos (OVIEDO; CZERESNIA, 2015). Essa foi a introdução do conceito na área da Saúde Pública.

Adotou-se o conceito de Mann, Tarantola e Netter (1993) sobre a vulnerabilidade biológica, que classifica como vulnerável todo e qualquer indivíduo exposto ao vírus através de ato sexual ou contato com sangue contaminado que pode tornar-se HIV positivo. Desta forma demandou que os programas de prevenção deveriam abordar o contexto psicossocial, considerando não somente a vulnerabilidade individual, mas também a social frente ao HIV e aids (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

Jodelet (2001) afirma que antes da pesquisa científica trazer alguma clareza sobre a natureza da aids, a mídia e as conversações depararam-se com esse mal desconhecido e estranho. De início foi descrita em suas formas trágicas e fatais. O que se sabia sobre a doença e suas vítimas favoreceu o aparecimento de duas concepções, uma de tipo moral e social, e outra de tipo biológico. Essas tiveram incidência sobre os comportamentos, nas relações íntimas ou face-a-face das pessoas alcançadas pela doença.

As duas representações, moral e biológica, são produzidas para acolher um elemento novo, a aids. Têm por base valores variáveis de acordo com os grupos sociais de onde retiram suas significações, bem como sobre saberes anteriores, reavivados por uma situação social particular. Estão ligadas à condição social e à esfera da experiência privada e afetiva do indivíduo, quanto a sistemas de pensamento mais amplos, ideológicos ou culturais, um estado de conhecimentos científicos (JODELET, 2001).

Esta construção inicial da aids marcaria de modo fundamental a forma pela qual esta doença e seus atingidos seriam concebidos pelos diferentes grupos e em contextos sociais diversos. As implicações para as relações sociais perpassa as relações entre indivíduos até patamares internacionais, como cita Nascimento (2005) em seu livro “As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil” no qual conta que o Haiti teve sua economia rapidamente atingida devido ao declínio da atividade turística no país, como consequência da presença de haitianos no cerne da categoria epidemiológica de risco para a doença.

Sontag (1989), ao analisar as metáforas existentes no discurso sobre a aids, refaz a ligação histórica entre as doenças estigmatizadoras da atualidade e as principais doenças epidêmicas que assolaram a humanidade. Segundo a autora, as doenças epidêmicas sempre foram ligadas por um grupo às nações estrangeiras e a grupos marginais. Como exemplo, a sífilis era vista como a mancha francesa para os ingleses, como a *morbus germanicus* para os parisienses, como a doença de Nápoles para os florentinos, e a enfermidade chinesa para os japoneses. Da mesma forma, a aids, enquanto doença epidêmica, também teria origem ligada aos lugares estrangeiros (África, por exemplo) e nos grupos marginais (homossexuais) (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

A aids trouxe desafios tanto para as ciências da saúde como para as ciências do comportamento, ao passo que apontou para a visibilidade de questões relacionadas não apenas à epidemiologia como também à sexualidade humana. Desde o seu surgimento a aids traz representações sociais que vão para além da doença biológica e ocupa ainda hoje um lugar mais estigmatizante do que a sífilis, a lepra e a peste ocuparam no século XVIII entre as doenças (SONTAG, 1989).

Com a identificação científica do HIV, o que no começo era apenas uma sigla, uma convenção para designar uma doença, a aids ganha vida própria no imaginário

da população (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005). A mídia e as pessoas se apoderaram deste mal desconhecido e estranho, cuja proximidade entre o biológico e o social ainda não tinha sido revelada.

O surgimento da epidemia, na década de 80, o crescimento do adoecimento e da mortalidade associados à patologia desconhecida, e as primeiras descobertas científicas sobre as formas de transmissão propiciaram a formação de estereótipos e preconceitos sobre a aids (JODELET, 2001). No começo da epidemia, a aids era considerada, no conhecimento retificado, doença que atingia um grupo restrito, o denominado “grupo de risco” (GOMES et al., 2012). Homossexuais, hemofílicos e profissionais do sexo faziam parte desse “grupo de risco”. O uso da expressão, embora comum no âmbito da epidemiologia, marcaria de forma indelével a construção social, histórica, cultural e imaginária da aids. Adiante, percebeu-se a propagação da doença para novos segmentos populacionais, constituídos por indivíduos igualmente marginalizados como usuários de drogas, prostitutas, travestis, o que veio acrescentar, ao conceito de grupo de risco, elementos da presumida realidade vivida por estes grupos, que abarcava a promiscuidade, a imoralidade, o vício e a transgressão (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

A segunda fase orientou-se por uma visão cujo centro era a exposição ao vírus, pois percebeu-se que a maior forma de transmissão se dava via drogas injetáveis e atingia um número cada vez maior de heterossexuais. A posteriori, a terminologia “grupo de risco” foi substituída por “comportamento de risco”, mas assim como a que se sucede, foi fortemente criticada por culpabilizar o indivíduo por ter falhado nos esforços de prevenção e/ou proteção (GOMES et al., 2012). O comportamento perigoso que produz a aids é encarado como algo mais do que fraqueza. É irresponsabilidade, delinquência, sua sexualidade é considerada divergente ou o doente é viciado em substâncias ilegais (SONTAG 1989).

A atual fase caracteriza a suscetibilidade dos indivíduos em geral ao vírus. Barbará, Sachetti e Crepaldi (2005) verificam o aumento da infecção entre os heterossexuais, o crescimento da população feminina infectada, a baixa escolaridade da população contaminada e a interiorização da doença para municípios de médio e pequeno porte. O conceito anterior é assim substituído pelo de “vulnerabilidade”, mostrando a importância em reconhecer que a infecção pelo HIV não depende apenas da informação e da postura individual, mas de uma série

de fatores estruturais, que afetam os indivíduos, independentemente de sua vontade, como a desigualdade nas condições econômicas, políticas, culturais e jurídicas (GALVÃO, 2002).

Reavemos portanto a discussão sobre o referencial da vulnerabilidade como iniciado no começo desta sessão. O conceito de vulnerabilidade biológica proposto por Mann, Tarantola e Netter (1993), classifica como vulnerável todo e qualquer indivíduo exposto ao vírus através de ato sexual ou contato com fluidos contaminados. Porém, o uso do conceito aponta diversos caminhos e perspectivas.

Algumas publicações tomaram por referência determinantes globais como gênero, etnia e classe, com suporte na hipótese da distribuição desigual da vulnerabilidade no cruzamento de tais variáveis. Derivam de prescrições ancoradas em determinismo histórico ou causalistas. Oviedo e Czeresnia (2015) exemplificam o conceito através da premissa: “as mulheres jovens, negras, que moram em favelas, são mais vulneráveis às IST/aids” e criticam, afirmando que a praticidade dessa perspectiva colabora para uma rápida instrumentalização, favorecendo políticas públicas interessadas na focalização e racionalização de investimentos.

De natureza igual, Huang e London (2012), Buscail, Upegui e Viel, (2012) e Alves (2006) conduzem estudos inspirados no conceito de “exposição cumulativa” considerando convergência de várias ameaças (sociais, econômicas, políticas por exemplo) concomitantemente por diferentes mecanismos e ao longo do tempo.

Outros moldes de estudos são dedicados a descrever variáveis relativas às condições de vida (renda, qualidade da moradia, nível educativo, iniquidade de gênero, etc) que incidem na ocorrência de eventos adversos considerados relativos à vulnerabilidade. Nessa conjuntura, formaliza-se a seguinte equação: pobreza = vulnerabilidade = perigo = risco. Esses estudos pressupõem, por convenção, que déficits de capacidades sociais são imediatamente referidos a um quadro de *vulnerabilidade*. São exemplos os estudos de Aguilar, Gil e Gil (2012), Bendo et al. (2012), Imbiriba et al. (2009) e Varela et al. (2006) e Xavier et al. (2013),

Ao escopo de análise desses trabalhos, foge os aspectos sobre as formas que os indivíduos e grupos enfrentam situações de vulnerabilidade (resiliência). A abordagem mais característica da vulnerabilidade procura esclarecer como dinâmicas sociais e culturais mais abrangentes, considerando também aspectos individuais, criam condições que acrescentam a possibilidade de certos perigos e

ameaças concretizarem-se. Oviedo e Czeresnia (2015) afirmam que essa é a perspectiva assumida pela maior parte dos estudos sobre vulnerabilidade e HIV/aids, na tentativa de revelar as causas profundas da pandemia.

Apoiado nessa concepção, Ayres et al. (2006) defende que o conceito de vulnerabilidade permite observar que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento daí decorrente é resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais.

O componente individual estaria ligado ao grau de informação, à capacidade em elaborar essas informações e transformá-las em práticas sexuais seguras. O componente social estaria ligado à disponibilidade de informações, aos meios de comunicação, aos programas de prevenção e políticas públicas, à escolaridade, às barreiras culturais, entre outras. Por fim, o componente programático estaria relacionado aos programas de prevenção e gerenciamento de forma a otimizar os recursos sociais, visando o fortalecimento dos indivíduos para se prevenirem (AYRES et al. 2006).

O distanciamento da ideia da morte iminente e a ampliação da sobrevida com o HIV mudaram as provocações para a área da saúde, no contexto da epidemia da aids (PARKER, 2000). A compreensão dos conceitos de grupo de risco, comportamento de risco e vulnerabilidade, utilizados na descrição dos indivíduos mais susceptíveis à infecção, favorece o conhecimento sobre os estigmas ainda persistentes sobre a aids. São esses estigmas que contribuem na construção das RS da aids.

Oliveira (2013) em seu estudo desenvolveu a hipótese de existência de uma precedência de práticas, determinando a formação de representações, no contexto da aids no Brasil, as quais foram se moldando às transformações históricas, ao desenvolvimento do conhecimento científico. O estudo demonstrou a existência de um processo de mudança sendo operado nas representações sociais da aids, com a introdução da possibilidade de convivência com a doença e a diminuição da importância da morte.

Esse processo de constituição e evolução das representações e das práticas sociais relativos à aids apresenta-se como fruto de um complexo processo de construções simbólicas, oriundas das interações humanas (OLIVEIRA, 2013).

Nessa perspectiva, estes elementos trazem repercussões sobre a construção das representações sociais sobre a aids, a convivência com a mesma, os comportamentos e as práticas.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

É difícil admitir  
Que alguém possa saber  
Mais do que você!  
Tenho certeza absoluta  
De tudo que falo,  
Pois somente digo  
O que meu cabresto  
Permite ver [...]  
*Rodolfo Pamplona Filho*

### 2.1 Teoria das representações sociais

#### 2.1.1 Elementos conceituais e a Teoria das representações sociais

A Teoria da Representação Social (TRS) teve seu início na França, no final da década de 50, quando o psicólogo social Serge Moscovici buscou entender como a psicanálise, um novo saber especializado, era compreendido pela sociedade francesa naquela época. A partir da obra seminal de 1961, ele conseguiu compreender como um objeto científico torna-se objeto do senso comum. Assim, o termo “representações sociais” foi cunhado por Moscovici na sua tese de doutorado intitulada *A psicanálise: sua imagem e seu público (La psychanalyse: son image et son public)* (MOSCOVICI, 2001).

O seu objetivo era compreender como a teoria psicanalítica se disseminava de forma diferente nos diversos grupos. Este estudo foi realizado a partir de uma necessidade que Moscovici sentia em redefinir o campo de estudo da Psicologia Social, tendo como ponto de partida o fenômeno das representações sociais (OLTRAMARI, 2003). Nóbrega (2001) destaca o aspecto transformador da teoria das RS no âmbito da psicossociologia, caracterizado pela ruptura com a visão

dicotômica desenvolvida por Emile Durkheim em seu livro *As formas elementares da vida religiosa* (*Les formes élémentaires de la vie religieuse*) de 1912. Moscovici manifesta, a partir do princípio da indissociabilidade entre indivíduo e sociedade, sujeito e objeto, externo e interno que as representações não se constituem em um domínio situado à parte e dissociado do psíquico e emocional, como pensava Durkheim.

A pesquisa de Moscovici, voltada para fenômenos marcados pelo subjetivo, captados indiretamente, cujo estudo se baseava em metodologias inabituais da época, fugia as leis da ciência psicológica normal de então. Seria preciso esperar quase vinte anos para que o alívio do paradigma permitisse o despontar de possibilidades divergentes (ARRUDA, 2002), à vista disso, o behaviorismo e o marxismo do tipo mecanicista dominantes na época (JODELET, 1987).

A TRS instrumentaliza um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade. Segundo Arruda (2002), parte da premissa de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes, e define duas delas: a consensual e a científica, cada uma gerando seu próprio universo, não hierarquizado, somente diferente em seus propósitos.

A sua construção teórica toma por base a mobilidade social do mundo moderno, modificado com a divisão social do trabalho, a emergência de uma nova ciência que é absorvida na vida cotidiana, especialmente, pelo reconhecimento da importância da comunicação que possibilita convergir os indivíduos numa rede de interações, em que qualquer coisa que é individual pode tornar-se social e vice-versa (MOSCOVICI, 2001).

Corroborando, Moscovici (2001) considera que se nossas representações são sociais, não é apenas por causa de seu objeto comum ou pelo fato de que são compartilhadas. Devem-se pelo fato de ser o produto de uma divisão do trabalho que as distingue com alguma autonomia.

Segundo Moscovici (1981), as representações sociais se constituem como um encadeamento de opiniões, explicações e afirmações que são concebidas a partir do cotidiano dos grupos, sendo a comunicação interpessoal importante neste processo. São consideradas como “teorias do senso comum”, elaboradas pelos grupos como forma de explicar a realidade. Estas, se parecem muito com os mitos e

crenças das sociedades tradicionais. Assim, a representação social formaliza uma “[...] modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (MOSCOVICI, 1978, p. 26). É importante ressaltar que as representações sociais não apenas estão expressas nos discursos de senso comum, mas, também, são encontradas nas ciências, nas religiões e em outras tantas formas de conhecimento compartilhado.

Nóbrega (2001) expõe que a divisão social do trabalho produz uma cisão profunda do pensamento, sendo este o marco da cultura moderna. Refere-se a existência de uma forma de pensamento “standard”, a ciência, e do outro lado o pensamento “não standard” que seria o senso comum.

Jodelet refere-se às representações como “fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social cujos elementos são organizados sob a aparência de um saber que diz algo sobre o estado da realidade” (JODELET, 2001, p.2). Esclarece essa autora que saberes do universo consensual são designados como:

[...] ‘saber ingênuo’, ‘natural’, esta forma de conhecimento distingue-se, dentre outros, do conhecimento científico. Mas ela é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto aquele, por sua importância na vida social, pelos esclarecimentos que traz acerca dos processos cognitivos e as interações sociais. (JODELET, 2001, p.22).

O universo consensual seria aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana, enquanto o universo reificado se cristaliza no espaço científico, com suas normas de linguagem e sua hierarquia interna. Ainda de acordo com Oliveira e Werba (2000), o universo reificado caracteriza-se pelo conhecimento científico e objetivo, geralmente sistematizado por técnicos através de conceituações abstratas. Neste universo, há uma divisão entre os que têm competência técnica sobre o assunto e as pessoas leigas, causando assim uma diferenciação entre estes dois mundos de explicações da realidade.

No universo consensual, onde circulam as teorias de senso comum, as interações se dão entre pessoas comuns que, através das práticas interativas cotidianas, produzem as representações sociais. Nesse universo, nenhum destes integrantes possui uma competência reconhecida sobre o tema discutido, mas possuem liberdade e igualdade para debaterem e produzir as representações sociais (OLTRAMARI, 2003).

Os estudos de Moscovici retomam e oferecem outra forma de entendimento ao pensamento das massas, chamado de senso comum, que era considerado como um conhecimento confuso e inconsistente. De acordo com Nóbrega (2003, p. 58) “ele descobre a estruturação e a natureza particulares a esse saber, restituindo, desse modo, o *status* legítimo à produção do conhecimento das massas, com a criação da teoria das representações sociais”. Assim, evidencia que se trata de uma forma de saber que, como as demais formas de saber, se diferencia pela maneira como é elaborado e para a função a que se destina (MOSCOVICI, 2010).

A TRS pretende dar conta dos fenômenos objetivos existentes na relação entre os homens, com a natureza e a sociedade, compreendendo os processos de influência que o fenômeno das RS exerce sobre os seres humanos nas suas ações cotidianas (OLTRAMARI, 2003). Tem o propósito de resgatar a compreensão do mundo, a partir dos conceitos elaborados pelos grupos, indo ao encontro das explicações disseminadas no senso comum (MOSCOVICI, 1978).

De acordo com Jodelet (1984), a representação social é uma forma de conhecimento social que se generaliza como senso comum, que forma um saber geral e funcional para as pessoas, servindo para que a atividade mental de grupos e indivíduos possa relacionar-se com as situações, acontecimentos, objetos e comunicações que lhes dizem respeito. A mediação que faz com que isso aconteça se dá pelo contexto concreto no qual estas pessoas e grupos vivem, e, também, da cultura adquirida através da história, além dos valores, códigos e das ideias respectivas de um determinado grupo social.

Conforme Alves-Mazzotti (2008) o estudo das RS investiga como se formam e como funcionam os sistemas de referência que utilizamos para classificar pessoas e grupos e para interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana. Representar, não significa reproduzir ou duplicar, representar significa reconstruir. Em outras palavras, representar é participar ativamente do processo de construção da sociedade e de si. A TRS devolve ao indivíduo a sua importância na formação do social e afirma a sua participação ativa (modifica, movimenta, concorda) e não passiva (meros receptores). Com isso, o indivíduo é constituído e suas representações constituem também seu mundo social e constrói e reconstrói permanentemente sua própria realidade social e sua própria identidade pessoal (BANCHS, 2000).

Guareschi (1994) refere que Moscovici tenta entender os seres humanos na amplitude do contexto social. Salienta que um dos postulados da teoria e conceito das RS é de que “o elemento social, é algo constitutivo dela e não uma entidade separada. O social não determina a pessoa, mas é parte substantiva dela. O ser humano é essencialmente social” (GUARESCHI, 1994, p. 203).

A teoria desenvolvida por Serge Moscovici e aprofundada por Denise Jodelet e outros colaboradores passa a servir de ferramenta para outros campos, como a saúde, a educação, a didática, o meio ambiente, e faz apreciadores, apresentando inclusive propostas teóricas diversificadas (ARRUDA, 2002).

Doise (1986) salienta a dificuldade em se destacar uma definição comum a todos os autores que utilizam a noção de representação social. Dificuldade essa que é consequência de uma pluralidade de concepções anexas à noção de RS aplicadas por diferentes disciplinas.

Para Abric (2000) a representação não é um simples reflexo da realidade, ela é uma organização significativa. Funciona como um sistema de interpretação da realidade que comanda as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social, é ela que determina seus comportamentos e suas práticas. Conforme Nóbrega (2001), enquanto fenômeno psicossocial, no modelo proposto por Moscovici, as RS respondem a duas funções: contribuir com os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais.

Posteriormente, em 1994a, Abric acrescentou mais duas funções às representações: identitárias e justificadora. A função identitária propicia ao indivíduo e coletivo a identidade social, protegendo assim a especificidade dos grupos. A função justificadora possibilita aos indivíduos/coletivos defenderem e esclarecerem os comportamentos adotados.

As representações sociais (RS) visam integrar um fenômeno social não familiar, que, por ser desconhecido, gera medo e ansiedade, ao conhecimento que os indivíduos e grupos dispõem sobre seu cotidiano. Por tal motivo, é necessária a sua assimilação ao referencial conceitual dos indivíduos, para que possa se tornar familiar: “tornar o estranho familiar e o invisível perceptível” (FARR, apud NÓBREGA, 2003, p.64) por meio de aproximações da realidade. A realidade é socialmente construída e o saber é uma construção do sujeito, mas não desligada da sua inscrição social.

A comunicação é o veículo que permite a formação das representações, de modo que estas se exercem na regulação da dinâmica relacional entre atores sociais (NÓBREGA, 2001). Arruda (2009) é enfática ao escrever que é impossível negar o peso da comunicação, da troca, do confronto de ideias para produzir uma representação social.

A representação torna possível a reconstrução do real através da interpretação dos elementos característicos do grupo, em uma dimensão significativa para os membros de uma comunidade determinada. Esta interpretação da realidade é traduzida em um conjunto lógico do pensamento que vai constituir a visão de mundo para certa coletividade (NÓBREGA, 2001).

A construção da RS envolve dois processos: a objetivação e a ancoragem. Moscovici desenvolveu esses dois conceitos para explicar as condições de emergência da materialidade e da atribuição de significação dos objetos sociais construídos pelos participantes que buscam a harmonia de suas condutas e comunicações na adaptação da sociedade.

A ancoragem consiste na integração cognitiva do objeto representado, sejam ideias, acontecimentos, pessoas ou relações, a um sistema de pensamento social preexistente e nas transformações implicadas (JODELET, 1984). Segundo Sá (1993), as representações já disponíveis podem funcionar também como sistemas de acolhimento de novas representações. De um modo geral, o processo é responsável pelo enraizamento ou ancoragem social da representação e de seu objeto. Segundo Moscovici (1984), ancorar é classificar e denominar: "coisas que não são classificadas nem denominadas, são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras" (p. 30). Sá (2015, p. 201) revela ainda que a realidade social "é criada apenas quando o novo, ou não familiar, vem a ser incorporado aos universos consensuais". Assim, a ancoragem permite a absorção do novo e sua transformação em conhecimento familiar, a partir de um processo que será atribuído valor positivo ou negativo, através de conhecimentos pré-existentes (MOSCOVICI, 1984).

A objetivação, o outro processo de formação das Representações Sociais, consiste em uma operação imaginante e estruturante, pela qual se dá uma forma ou figura específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando concreto, quase tangível, o conceito abstrato, que materializa a palavra (JODELET, 1984). Moscovici

(1984, p. 38) afirma que “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia ou um ser imprecisos, reproduzir um conceito em uma imagem”.

Sá (1998) indica que três correntes teóricas complementares criadas a partir da proposição originais básicas da TRS inaugurada por Moscovici. As diferentes abordagens foram assim identificadas por Machado e Aniceto (2010, p. 352):

[...] a primeira é uma continuidade da obra original, tem um viés antropológico e tem sido mais difundida por Denise Jodelet (2001); a segunda, através de Willem Doise (1990), centra-se nas condições de produção e circulação das representações sociais e a terceira surge em Aix-en-Provence, sendo representada por Jean Claude Abric (2000), que dá ênfase a dimensão cognitivo-estrutural conhecida como Teoria do Núcleo Central.

Para Sá (1998) não se trata de abordagens discordantes entre si, na medida em que provêm todas de uma mesma matriz básica e de modo algum a rebaixam. A título de exemplo, é de Doise (1993, apud SÁ, 1998) a apreciação da perspectiva de Moscovici como uma grande teoria, e de suas próprias proposições como uma teoria complementar. De modo igual, a teoria do núcleo central, desenvolvida por Abric em 1976 na sua tese de doutorado, não se compreende senão em vinculação com a teoria geral das representações sociais.

A teoria proposta por Denise Jodelet é denominada como abordagem processual das RS. Arruda (2002) afirma que esta abordagem conduz ao estudo de fenômenos de ordem cognitiva, orientada pelas marcas sociais e as condições da sua gênese. As pesquisas que utilizam essa abordagem baseiam-se no conteúdo da linguagem, documentos, práticas, falas, imagens e outros.

Também denominada dimensional, por abarcar as dimensões da representação, seu campo estruturado, a atitude que ela carrega e que lhe dá sua coloração afetiva, e o componente de informação que ela contém. Como diria Jodelet (2002, p. 18), “resgatam-se os constituintes das representações (informações, imagens, crenças, valores, opiniões, elementos culturais, ideológicos etc.)”. A coleta de material para este tipo de enfoque geralmente é feita com metodologias múltiplas, que podem ser entrevistas, questionários, observações, pesquisa documental e tratamento de textos escritos ou imagéticos (ARRUDA, 2002).

Sua abrangência tenta capturar os diversos momentos e movimentos da elaboração da representação, embora dificilmente se consiga abranger todos eles

em uma única pesquisa. Até hoje, o único exemplo de tal nobreza foi o trabalho de Denise Jodelet (1989) sobre a representação da loucura.

A abordagem proposta por Willem Doise é caracterizada como posicional/societal. Para Doise, “a posição social ou inserção social dos indivíduos e grupos é um determinante principal de suas representações” (SÁ, 1998, p. 75). O modelo considera os princípios organizadores das relações simbólicas entre os indivíduos e os grupos, por esse motivo, defende que as RS são fortemente marcadas pelos aspectos impostas pela sociedade.

Doise (2002) esclarece que o objetivo desta psicologia sempre foi o de articular explicações no nível do indivíduo e explicações de ordem social, mostrando como o indivíduo dispõe de processos que lhe permitem funcionar em sociedade e, de uma maneira complementar, como as dinâmicas sociais, particularmente interacionistas, posicionais ou de valores e de crenças gerais, orientam o funcionamento desses processos.

Seu estudo remete a três hipóteses importantes, chamado também de modelo trifásico (DOISE, 2002, p.30):

Uma primeira hipótese é que os diferentes membros de uma população estudada partilham efetivamente certas crenças comuns concernentes a uma dada relação social. As representações sociais (RS) se constroem nas relações de comunicação que supõem referentes ou pontos de referência comuns aos indivíduos ou grupos implicados nessas trocas simbólicas. Uma segunda hipótese refere-se à natureza das tomadas de posições individuais em relação a um campo de (RS). A teoria das representações sociais deve explicar como e porque os indivíduos diferenciam entre si nas relações que eles mantêm com essas representações. Isto implica que essas variações nas tomadas de posição individuais são organizadas de uma maneira sistemática. Uma terceira hipótese considera a ancoragem das tomadas de posição em outras realidades simbólicas coletivas, como as hierarquias de valores, as percepções que os indivíduos constroem das relações entre grupos e categorias e as experiências sociais que eles partilham com o outro.

A teoria do núcleo central foi elaborada pelo psicólogo francês Jean-Claude Abric, em 1976 em Aix-en-Provence e conhecida também como abordagem estrutural das representações. Os pesquisadores desta região ficaram conhecidos como o Grupo do Midi e, segundo Sá (1998, p. 67), Denise Jodelet enunciou que está grupo “foi o único a desenvolver uma metodologia própria e adequada às suas proposições teóricas”.

Todos os elementos que constituem as RS (conhecimentos, crenças, opiniões, atitudes de um determinado objeto social) organizam-se e estruturam-se

em um modelo específico. Assim, Abric propôs que a RS está organizada em torno do núcleo central e elementos periféricos onde sua organização estrutural, e não seu conteúdo é o diferencial entre uma representação e outra (ABRIC, 2000). No próximo capítulo passaremos a esclarecer com maior profundidade esta abordagem na qual nos posicionamos para alcançar o intento deste trabalho.

### 2.1.2 Abordagem estrutural das representações sociais

Para esta pesquisa, adotamos a abordagem estrutural das representações sociais, inicialmente apresentada por Jean-Claude Abric em 1976, na sua tese de doutorado *Jeux, conflits e et representations sociales*. Nesta obra, é proposta a hipótese do núcleo central, formulada com a seguinte definição: “a organização de uma representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos, que dão significado à representação” (ABRIC, 2000, pg. 31). A essência da Teoria do Núcleo Central (TNC), como também é conhecida essa abordagem, consiste na elaboração de uma estrutura para a RS constituída por um núcleo central e elementos periféricos onde sua organização estrutural é o diferenciador (ABRIC, 2003a).

O núcleo central conhecido também como núcleo estruturante de uma representação é identificado através das palavras que são mais prontamente evocadas e possuem alta frequência de evocação. Têm duas funções: geradora e organizadora. É através da função geradora que os outros elementos constitutivos da representação ganham sentido e significado. Enquanto que a função organizadora do núcleo determinaria a natureza dos elos da representação, sendo o núcleo, o elemento unificador e estabilizador da representação (ABRIC, 2003a).

Ele será, dentro da representação, o elemento que mais resistirá à mudanças, com efeito, toda modificação do núcleo central provoca uma transformação completa da representação. Abric (2000) afirma que é a identificação do núcleo central que permite o estudo comparativo das representações, para mais, a habitual identificação do conteúdo de uma representação não bastaria para o

reconhecimento e especificação do núcleo central. Declara ser fundamental a organização do conteúdo de uma representação, e cita como exemplo o fato de duas representações definidas por um mesmo conteúdo poderem ser totalmente diferentes caso a organização do conteúdo, ou seja, a centralidade seja distinta.

Abric (2000) também apresenta a definição de elementos periféricos. Localizados em torno do núcleo central, são também os elementos “mais acessíveis, mais vivos e mais concretos das representações” (ABRIC, 2000 p.31). É identificado através das demais palavras evocadas, possui variedade maior e uma frequência menor. Possuem três funções essenciais: concretização, regulação e de defesa.

A função de concretização auxilia na interface entre o núcleo central e a situação real na qual a representação é colocada em funcionamento, resultantes da ancoragem da representação. A função de regulação tem papel essencial na adaptação das representações, pois as informações novas ou transformações que poderá ser integrada na periferia. Por último, a função de defesa permite tolerar a heterogeneidade do grupo, resistindo aos elementos contraditórios à representação (ABRIC, 2000; 2003).

Abric (2000, p.33) explica que o sistema central (núcleo central) é “a base propriamente social e coletiva que define a homogeneidade de um grupo, através dos comportamentos individualizados que podem parecer contraditórios”, tempo em que o sistema periférico permite modulações pessoais em referência ao núcleo central, permitindo a integração de informações e práticas diferenciadas. A diferenciação entre os dois sistemas estaria no fato que o núcleo central é estável e resistente às mudanças enquanto os elementos periféricos, por permitirem a adaptação a realidade, contribuem para a proteção do núcleo central.

Sobre o processo de mudança de uma representação, Abric (2003, p.38) esclarece:

O núcleo central, determinando o significado, a consistência e a permanência vai então resistir à mudança, visto que toda modificação do núcleo central provoca uma transformação completa da representação. Além disso, para que duas representações sejam diferentes, elas devem ser organizadas em torno de dois núcleos diferentes.

Abric (2000) aponta que trabalhos experimentais de Abric e Tafani (1995) e Guimelli (1998) demonstram a existência de dois tipos de elementos, classificados como funcionais ou normativos. Para Sá (2002), os elementos do núcleo central se

constituem como os mais importantes para a realização de tarefas por apresentar uma finalidade operatória. São classificados como normativos por Abric (2003) os elementos que tem relação com as dimensões socioafetivas, sociais ou ideológicas, assim acredita-se que uma norma, um estereótipo e uma atitude fortemente marcada estarão no centro da representação.

A identificação dos elementos apoia a descrição do objeto da representação, uma vez que permite identificar as dimensões que o núcleo central possui relativa ao objeto e a relação que o sujeito/grupo mantém com esse objeto. “A coexistência desses dois elementos permite, ao núcleo central realizar seu duplo papel: avaliativo e pragmático, de um lado justificar os julgamentos de valor e de outros atribuir às práticas específicas” (ABRIC, 2003a, p.43).

Finalmente, para Abric (2000) a abordagem estrutural das RS aparece como um elemento muito importante a ser considerado na análise de questões relativas a compreensão e a evolução das mentalidades, a ação sobre as atitudes e as opiniões, a influência social (minoritárias ou majoritárias) e a organização interna e as regras de transformação social.

Oliveira (2011, p.589) argumenta sobre a apropriação da TRS no campo da saúde ao dizer:

[...] especialmente em estudos nos quais importe ter acesso ao conhecimento social que orienta as práticas de um dado grupo social quanto a problemas de saúde, ou seja, o conhecimento que o grupo utiliza para interpretar tais problemas e justificar suas práticas sociais, da mesma forma que para a análise das práticas profissionais de atenção à saúde.

À vista disso, os estudos de representação na área da saúde são importantes para acessar o conhecimento que os grupos sociais usam para interpretar os problemas de saúde e para justificar suas práticas cotidianas.

Outro método de análise do conteúdo de uma representação social é o da análise de similitude (MOLINER; GUIMELLI, 2015). Esse método possibilita testar a centralidade dos elementos de uma RS a partir dos resultados achados no quadro de quatro casas no contexto das ordens médias de evocações (OME), realizando a análise de similitude dos elementos evocados, por permitir identificar a força da relação entre os termos que compõem o quadro obtido pelo EVOC. Com os resultados o pesquisador pode construir uma “árvore máxima, para sintetizar graficamente o conjunto das conexões entre tais elementos” (PECORA; SÁ, 2008, p.321).

Segundo Moliner e Guimelli (2015, p.52), a análise de similitude foi introduzida em 1962 por Flament como uma técnica que permite “identificar a estrutura de relações fortes entre os elementos um conjunto de itens”. Como indica Sá (1996, p.123), ela permite que se examine a “quantidade de lações ou conexões que um dado elemento mantenha com outros elementos da representação”. Moliner (1996) explica que a análise de similitude permite que sejam testadas a centralidade e conexidade dos elementos da estrutura de uma RS obtida pelo EVOC.

### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A ciência nunca resolve um  
problema sem criar pelo menos  
outros dez.

*George Bernard Shaw*

Este segmento descreve o percurso metodológico desta pesquisa, elucidando sobre o método utilizado, o cenário e os participantes da pesquisa, assim como o manejo dos dados coletados.

Conforme mencionado anteriormente, este estudo compõe o Projeto Integrado intitulado “Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no estado do Rio de Janeiro” coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Denize Cristina de Oliveira, como também o Subprojeto denominado “Aids e qualidade de vida: estudo com pessoas que vivem com HIV/aids no município do Rio de Janeiro”, sob a coordenação do prof. Dr. Sergio Corrêa Marques.

Assim sendo, cabe esclarecer que algumas etapas da metodologia foram definidas previamente nos referidos projetos no qual este se insere, como é o caso dos cenários do estudo, o quantitativo de participantes e os métodos e as técnicas de coleta de dados.

#### 3.1 Tipo e abordagem do estudo

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, conduzido no âmbito da abordagem estrutural da teoria de representações sociais, conforme apontada por Abric (1976, 1994a, 2003b), Sá (1996, 1998, 2002) e Oliveira (2001).

A construção do estudo seguiu alguns passos essenciais, antes da fase de campo propriamente dita. A busca pelo referencial temático foi a etapa subsequente à escolha do tema e formulação do problema. Segundo Koller, Couto e Hohendorff (2014), o referencial temático é elaborado para a seção de introdução do projeto de

pesquisa. Refere-se à localização e obtenção de documentos para avaliar a disponibilidade de material que subsidia o tema do trabalho de pesquisa (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010), que neste projeto, são referentes à aids. Esta etapa forneceu subsídios para a elaboração do plano geral da pesquisa, identificação de variáveis a serem estudadas e a abordagem empregada no contexto do modelo teórico escolhido.

Entende-se que um projeto de pesquisa deve abranger os antecedentes e pressupostos teóricos sobre os quais aquele trabalho se fundamenta (KOLLER; COUTO; HOHENDORFF, 2014). Nesse sentido, a revisão de literatura foi um modelo que serviu de embasamento à interpretação do significado dos dados e fatos que foram analisados.

Em seguida, foi definido o banco de dados a ser utilizado, de acordo com a natureza e a quantidade de participantes do estudo, que deve ser representativa para sustentar os desfechos. Posteriormente definiu-se a forma de registro dos dados e sua análise, observando-se recomendações de Prodanov e Freitas (2013).

Quanto à abordagem qualitativa, Denzin e Lincoln (2000) pontuam que os pesquisadores qualitativos enfatizam a construção social da realidade, a íntima relação entre pesquisador e o que está sendo pesquisado, e procuram respostas para questões referidas à experiência social, como ela é criada, como ela é significada.

O produto da pesquisa é uma criação complexa, densa, e reflexiva, que representa as imagens, entendimentos e interpretações do fenômeno em análise, a partir de um referencial teórico definido. Kark, Manhães e Medeiros (2010) descrevem que a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Denzin e Lincoln (2000, p.3) assim a definem genericamente:

A pesquisa qualitativa se caracteriza por múltiplos métodos, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística de seu objeto de estudo, ou seja, os pesquisadores qualitativos estudam seus objetos em seus contextos naturais, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos dos significados que as pessoas dão a eles.

Assim, a abordagem qualitativa propicia o entendimento das vivências e experiências do grupo, possibilitando a compreensão das representações do mesmo acerca do objeto de estudo a ser investigado.

Sá (1998) relembra que pesquisar em RS remete a Moscovici e o conceito por ele posto de RS, uma vez que as RS são modalidade de saber oriundas dos processos de comunicação dos grupos sociais, que orientam as práticas no meio social. Assim, a pesquisa qualitativa cumpre seu papel enquanto arcabouço metodológico para a construção de pesquisas em RS, pelo seu caráter de troca extensa entre pesquisador e participante, proporcionando material denso para a compreensão das RS das pessoas vivendo com HIV pelo pesquisador e suporte para a análise destes dados.

Sá (1998) assinala ainda que os pesquisadores ligados à teoria do núcleo central estão interessados em conhecer não apenas os conteúdos da representação, mas também sua estrutura ou organização interna. Nesta pesquisa, demos ênfase maior na produção direta de “temas da representação”, assim chamado por Sá (1998, p. 91), através de técnicas de associação ou evocações livre, que Abric (1994, p.66) assim defende:

O caráter espontâneo – portanto menos controlado – e a dimensão projetiva dessa produção deveriam, portanto, permitir o acesso, muito mais fácil e rapidamente do que em uma entrevista, aos elementos que constituem o universo semântico do termo ou do objeto estudado. A associação livre permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas.

### **3.2 Cenário do estudo**

Foram definidos como cenários para o estudo três Centros Municipais de Saúde (CMS) que ofertam Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/aids da rede de Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro. Esses SAE são vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que prestam atendimento integral e de qualidade às pessoas vivendo com HIV, por meio de uma equipe multiprofissional. Entre suas atividades estão: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimento ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e

distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de preservativos; atividades educativas para adesão à terapia antirretroviral e para prevenção e controle de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e aids (BRASIL, 2018a).

O município do Rio de Janeiro localiza-se no estado do Rio de Janeiro (RJ). É a segunda metrópole do país com uma área de 1224,56 km<sup>2</sup>, dividida em quatro regiões geográficas comumente conhecidas como: Centro, Zona Norte, Zona Sul e Zona Oeste (RIO DE JANEIRO, 2018).

Por entender que as RS variam e modificam-se de acordo com as diferentes regiões geográficas, população e meio social, foi definido no Projeto Integrado a realização da coleta de dados em CMS de diferentes regiões geográficas do município do Rio de Janeiro. Assim, dois CMS pesquisados estão localizados na zona sul, sendo um no bairro de Copacabana e outro no bairro do Catete, e um situado na zona norte, no bairro da Tijuca (BRASIL, 2018a; RIO DE JANEIRO, 2018).

A escolha desses cenários também se justifica por serem locais onde se concentram a população acometida pelo HIV/aids em acompanhamento terapêutico, propiciando o encontro com os indivíduos para a coleta de dados. Trata-se de um tipo de cenário importante de compartilhamento de saberes e experiências entre os diversos atores sociais implicados na dinâmica do enfrentamento do HIV e da configuração de representações e práticas em relação à aids.

### **3.3 Participantes do estudo**

Compartilhamos da ideia de Chizzotti (1991) quando este expõe que na pesquisa qualitativa todas as pessoas que dela colaboram são reconhecidas como participantes que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam. Pressupõe-se que elas têm um conhecimento prático, de senso comum, e representações relativamente elaboradas que formam uma concepção de vida e orientam as suas práticas individuais.

Dito isto, para este estudo, fizeram parte 180 pessoas vivendo com HIV em acompanhamento nos CMS cenários do estudo. A composição da amostra inicial seguiu os parâmetros do projeto Integrado, sendo que a amostragem foi do tipo não probabilística, de conveniência, escolhida a partir de informações disponibilizadas pelos centros de saúde referentes ao quantitativo de clientes em seguimento terapêutico. Na composição da amostra final selecionou-se os integrantes de forma quantitativamente semelhante entre os diferentes CMS, ou seja, 60 em cada cenário.

A escolha desses participantes se deu a partir do entendimento de que o objeto de estudo seja relevante para esse grupo social, a ponto de ser apropriado na vida cotidiana, abarcando um maior número de dimensões representacionais sobre o objeto estudado pelo grupo.

Os critérios para a inclusão foram: estar no serviço no momento da coleta de dados, aguardando consulta, informações ou exames, durante o período de coleta de dados; ter idade maior ou igual a 18 anos; ter sorologia positiva para HIV; estar em condições mentais que viabilizassem a participação no estudo; e que concordassem em participar do mesmo mediante assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C).

Considerando a técnica de coleta de dados adotada para o estudo, evocações livres de palavras, o quantitativo de participantes foi assim definido em função da obtenção de uma amostragem qualitativa para a técnica, possibilitando sua análise, como definida em Oliveira et al. (2005).

### **3.4 Coleta de dados**

No presente Projeto foram utilizados os bancos de dados do Projeto Integrado, autorizado pela Coordenadora do mesmo, referentes às variáveis sociodemográficas e clínicas e dos conteúdos das evocações livres de palavras. Assim sendo, serão apresentados nesta seção os instrumentos utilizados que geraram os dados dos referidos bancos.

Cabe esclarecer que a coleta de dados foi realizada por integrantes do Grupo de Pesquisa, como mestrandos, doutorandos e bolsistas de iniciação científica no período de abril a maio de 2016 com os participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos pela pesquisa, após o aceite e assinatura do TCLE (ANEXO C).

#### 3.4.1 Dados socioeconômicos e clínicos

Para a obtenção desses dados, foi definido no Projeto Integrado o uso do questionário de caracterização socioeconômica e clínica (ANEXO A), com o propósito de identificar os aspectos pessoais, econômicos, sociais e, também, alguns dados clínicos, de forma a se obter um panorama do grupo de participantes. O questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas que devem ser autopreenchidas por escrito e sem a presença do entrevistador (LAKATOS; MARCONI, 2016). Assim, apresenta um conjunto de perguntas a respeito de uma ou mais variáveis que são mensuradas para análise dos dados (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

As variáveis levantadas no questionário foram sexo, idade, bairro e cidade de residência, escolaridade atual, ocupação atual, estado civil, renda pessoal, tempo do diagnóstico do HIV, tempo de uso da TARV (Terapia Antirretroviral), orientação religiosa, fonte de informação sobre HIV/aids, conhecimento sobre seu quadro de saúde, entre outros, contidas em 21 questões. Foi atribuído pelo pesquisador um código de identificação, garantindo assim o anonimato do participante.

#### 3.4.2 Técnica de evocações livres de palavras

O instrumento utilizado no contexto do Projeto Integrado foi um formulário aplicado para a coleta de dados das evocações livres de palavras. A técnica de associação livre de palavras (evocações livres) busca apreender a percepção da

realidade a partir de uma composição semântica preexistente, composição esta normalmente não só concreta, mas também imagética, organizada ao redor de alguns elementos simbólicos simples (SÁ, 2002; OLIVEIRA, 2001).

Abric (1994a) considera a evocação livre como uma técnica importante para coletar os elementos constitutivos do conteúdo de uma representação e ainda enfatiza que o caráter espontâneo e a dimensão projetiva dessa técnica de coleta de dados permitem o acesso de forma mais rápida aos elementos que constituem o universo semântico do objeto estudado.

A aplicação da técnica consistiu em explicar previamente sobre a atividade, de forma individual. Na sequência, foi solicitado aos participantes que verbalizassem cinco palavras ou expressões que lhes vinham à lembrança a partir do termo indutor “aids”, sendo, então, registradas na ordem natural em que foram evocadas em formulário próprio do estudo (ANEXO B).

Convém esclarecer, que o número de palavras ou expressões produzidas pelos indivíduos foi determinado previamente, não excedendo seis palavras, pois, a partir de sete, o caráter espontâneo e natural das evocações livres é descaracterizado. Por outro lado, foi solicitado no mínimo cinco palavras, pois um número inferior a este acarreta o risco de se obter uma quantidade de dados insuficientes, podendo gerar um viés ao estudo e, conseqüentemente, influenciaria no resultado final deste. Esses aspectos que foram observados seguiram a recomendação de Oliveira et al. (2005).

### **3.5 Tratamento e análise dos dados**

#### **3.5.1 Dados socioeconômicos e clínicos**

Os dados referentes ao questionário sociodemográfico e clínico foram organizados numa planilha do *software Excel*, constituindo o banco de dados, e analisados por meio da estatística descritiva com o emprego do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 2.0, que forneceu a frequência

simples e relativa de cada variável. Os resultados finais estão apresentados em tabelas.

### 3.5.2 Evocações livres e tratamento com EVOC

A análise do material coletado por meio da técnica de evocações livres foi realizada com o auxílio do *software* denominado *EVOC (Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations)*, versão 2005, desenvolvido por Vergès (Vergès, 2006) que permite a organização das evocações produzidas de acordo com as suas frequências e com a ordem de evocação. A técnica de análise consiste na construção de um quadro de quatro casas, no qual se distribui as palavras evocadas considerando os critérios de maior frequência e ordem média de evocações (SÁ, 2002; DANY; ABRIC, 2007).

Para o uso do EVOC 2005 foi necessária a realização de alguns procedimentos específicos em cumprimento aos requisitos do referido programa, conforme mencionado por Oliveira et al. (2005).

Assim sendo, foi realizada a padronização e correção ortográfica preliminar dos termos evocados, buscando-se preservação das evocações como dispostas pelos participantes. Em seguida, foi realizada uma padronização das palavras e dos termos evocados, visando reduzir a dispersão dos seus conteúdos de forma que possam ser reconhecidos pelo *software* como sinônimas, conforme sugerem Oliveira et al. (2005).

Os termos homogeneizados e padronizados foram então substituídos no *corpus* construído anteriormente com as evocações de todos os participantes e, paralelamente, foi elaborado um dicionário de padronização das evocações. Após esses procedimentos, foram criados, a partir do *corpus* geral, outros *corpora*, sendo um para cada cenário do estudo e para algumas variáveis de interesse, considerando a perspectiva de comparação das representações da aids intragrupo.

Para os procedimentos do EVOC, foram introduzidos os *corpora* no programa, sendo um para cada análise, separadamente, que, ao final forneceu os quadros de quatro casas por meio do cruzamento dos critérios de frequência e

hierarquização das evocações livres produzidas pelos participantes, conforme mencionam Oliveira *et al.* (2005) e Sá (1996, 2002). Este, por sua vez, expressa o conteúdo e a estrutura das representações sociais para dado objeto de estudo. Foi utilizado da construção desses quadrantes para a comparação e análise de possíveis semelhanças e diferenças entre duas representações sociais intragrupo.

A configuração do Quadro de Quatro Casas, de acordo com Oliveira *et al.* (2005) e Sá (1996, 2002), se deu do seguinte modo: apenas os termos com frequência maior ou igual a frequência mínima estabelecida pelo pesquisador foram dispostos na estrutura representacional.

Os elementos com frequência maior ou igual a frequência média e com valor da ordem média de evocações (OME) inferior ao da média das OME figuram no quadrante superior esquerdo do quadro (Figura1). Aqueles com frequência menor que a frequência média e, no entanto, com a OME menor que a média das ordens médias de evocações, se localiza no quadrante inferior esquerdo.

Os termos com frequência maior que a frequência média e com OME maior que a média das ordens médias de evocações, tem lugar no quadrante superior direito. Por fim, aqueles com frequência menor que a frequência média e ordem média de evocação maior que a média das ordens médias de evocações, localizam-se no quadrante inferior direito. Os dois quadrantes à direita comportam palavras que apresentam menor prontidão de evocação e maiores ou menores frequências, sendo denominadas de primeira e segunda periferia. Esta organização está representada na Figura 3 a seguir.

Figura 3- Esquema de elementos de um Quadro de Quatro Casas. Rio de Janeiro, 2019



Fonte: A autora, 2019

A interpretação dos dados da análise das evocações livres se deu com base nos pressupostos teóricos da Teoria do Núcleo Central, conforme proposta por Abric (2000; 2003). Nesta abordagem, a combinação dos critérios frequência e ordem média de importância de cada termo possibilita um levantamento daqueles que, provavelmente, pertencem ao núcleo central da representação, por seu caráter prototípico ou, de outro modo, sua saliência, conforme menciona Sá (1996,2002).

No Quadro de Quatro Casas, os elementos que, possivelmente, compõem o núcleo central da representação encontram-se no quadrante superior esquerdo, pois, como descrito anteriormente, contemplam os dois critérios em questão. Conforme menciona Abric (2003b), nem tudo que se encontra nesse quadrante é central, porém, dado o caráter aproximativo da técnica, alguns elementos presentes na primeira periferia podem ser centrais na representação também.

Segundo Oliveira (2013), o quadrante inferior esquerdo corresponde à denominada zona de contraste. Nele ficam os elementos com baixa frequência, mas considerados importantes pelos participantes por serem prontamente evocadas, podendo revelar elementos que apontam para a existência de um subgrupo na população estudada com uma representação distinta do grupo geral. Pode, também, se constituir como um complemento da primeira periferia (Oliveira *et al.*, 2005; Abric, 2003b).

O quadrante superior direito representa a primeira periferia, onde ficam localizados os elementos periféricos mais importantes da representação. No quadrante inferior direito está a segunda periferia da representação, a qual se constitui pelos elementos menos frequentes e menos importantes para a determinação do significado da representação (ABRIC, 2003b; OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Neste estudo, suscita-se na análise do quadro de quatro casas o conceito de desvio padrão para discutir a movimentação de alguns termos dentre os quadrantes. Desvio padrão, assim como a variância e o coeficiente de variação, é uma medida de dispersão. As medidas de dispersão, também chamadas de variabilidade, fornecem um valor que quantifica a distância dos valores em torno do valor central, ou seja, são utilizadas para verificar se existe grande ou pequena variabilidade de valores no conjunto de dados (BATTISTI; BATTISTI, 2008). Assim, utilizamos o desvio padrão acompanhando a média, pois esta fornece um valor central e o desvio

padrão a dispersão em torno desse valor central (PINHEIRO et al., 2012). Esse tipo de análise foi inaugurada pela da Prof.<sup>a</sup> Denize Cristina de Oliveira na ocasião de reunião do grupo de pesquisa em 4 de julho de 2019 na Faculdade de Enfermagem da UERJ.

Assim sendo, os dados provenientes das evocações livres de palavras permitiram, também, o desenvolvimento de outra técnica de análise de dados, também relacionada à teoria do núcleo central das representações sociais, a partir da análise prototípica, denominada análise de similitude, descrita a seguir.

### 3.5.3 Análise de Similitude

Tendo em vista que a técnica do Quadro de Quatro Casas, de Vergès, fornece uma primeira indicação dos conteúdos centrais da representação social, pretendeu-se utilizar outra técnica que deu uma segunda indicação dessa centralidade, denominada técnica de análise de similitude.

As origens da análise de similitude (ADS) remontam aos anos 60, quando Claude Flament teve a preocupação de associar psicologia social e formalização. Ao combinar sua prática de análise estatística e as possibilidades abertas pela matemática, ele inventa a análise de similitude. Esta é uma técnica baseada na teoria dos grafos, usada intencionalmente para descrever representações sociais com base em questionários de pesquisa (FLAMENT, 1962; FLAMENT, 1981; VERGÉS; BOURICHE, 2001). O objetivo das ADS é estudar a proximidade e as relações entre os elementos de um conjunto.

Desse modo, ao abordar a relação entre a análise de similitude e a teoria das representações sociais, Bouriche (2003, p.222) afirma que:

[...] uma representação social é constituída de determinados elementos selecionados, porque são próximos a um objeto específico pesquisado. Contudo, a representação não seria, somente, a operação de apropriação ou supressão de elementos, mas, fundamentalmente, uma organização, um conjunto de relações entre os mesmos.

A análise de similitude por coocorrência é um procedimento utilizado na perspectiva estrutural do estudo de representações sociais para averiguação da

“quantidade de laços ou conexões que um dado elemento mantenha com outros elementos da representação” (SÁ, 1996, p.123). É assumida como um segundo indicador dos prováveis termos participantes do núcleo central.

Após a definição dos índices de similitude entre as cognições relacionadas ao objeto de representação social analisado, procedeu-se à construção da denominada árvore máxima, cujo princípio subjacente refere-se à teoria dos grafos (Moliner, 1994).

No presente estudo, o *corpus* para a efetivação da análise de similitude correspondeu ao conjunto das evocações livres de palavras produzidas pelos participantes, como desenvolvido por Pecora (2007) e Pecora e Sá (2008). Assim, foram considerados para a construção da matriz de similitude e, por conseguinte, da árvore máxima, apenas os elementos que figuraram no quadro de quatro casas com base na análise prévia com o auxílio do *software* EVOC 2005.

Assim, para o cálculo do índice de similitude, foi identificado o número de coocorrências somente entre aqueles elementos que figuraram no quadro de quatro casas do *corpus* geral de evocações produzidas pelos participantes. Foram considerados válidos, nesta etapa, apenas os dados dos participantes que evocaram, ao menos, dois termos do referido quadro, sendo, deste modo, elaborada a matriz de similitude. A operação matemática para o cálculo do índice de similitude, propriamente dito, consiste em dividir o número de coocorrências identificados entre cada par de itens pelo número total de participantes em que as mesmas se fizerem presentes nas evocações livres (PECORA, 2007).

Tal como descrito anteriormente, foi possível elaborar a árvore máxima representando a conexidade das cognições relacionadas aos objetos de representação, definida por Doise (1992) como um grafo conexo e sem ciclos em que o conjunto das cognições relativas ao objeto de representação social estudado estabelece conexões, entretanto, inexistindo mais de um caminho de um a outro componente.

As etapas para a construção da Árvore Máxima seguiram as seguintes ordens:

- a) 1º etapa: Verificar a coocorrência das palavras (APÊNDICE F)
- b) 2º etapa: Montar a tabela de coocorrência (APÊNDICE G)
- c) 3º etapa: Cálculo do índice de similitude e aplicação da fórmula:

$$\text{Similitude} = E_0 / n$$

- d) 4º etapa: Montar a tabela de similitude (APÊNDICE H)
- e) 5º etapa: Construção da Árvore Máxima iniciando pelas ligações do maior valor de similitude

### 3.6 Aspectos Éticos da pesquisa

Os aspectos éticos e legais foram observados em respeito à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que versa sobre pesquisa com seres humanos no Brasil, assegurando sigilo e dificultando a identificação dos participantes. A coleta de dados ocorreu após a submissão do Projeto Integrado na Plataforma Brasil e aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética da SMS do Rio de Janeiro (ANEXO D).

Foi oferecido um TCLE (ANEXO C) em duas vias para assinatura dos participantes: uma via para o pesquisador, e outra para o participante do estudo. Este TCLE continha informações sobre os objetivos da pesquisa, a garantia de anonimato de seus depoimentos, os eventuais riscos da pesquisa conforme pontuado na parte referente à coleta de dados e as informações e contatos do pesquisador responsável pela pesquisa, para referências em caso de dúvidas ou interesse do participante.

Os possíveis riscos desta pesquisa relacionaram-se a desconfortos de ordem psicológica que porventura ocorreram durante a entrevista. A aprovação do presente estudo apoiou-se no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Projeto Integrado, aprovado sob o número do protocolo do CAAE 47411315.7.3001.5279 e parecer número 1.441.788.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O pensamento é por natureza comunicativo. Considerar o pensamento na cabeça de um só é privá-lo de tudo o que o torna vivo e importante para as pessoas.

*Serge Moscovici*

### 4.1 Análise descritiva dos participantes

Neste capítulo será apresentado um conjunto de variáveis importantes para a compreensão do grupo de participantes que compôs o estudo, que possibilitou melhor contextualização dos resultados. A análise dos dados referentes ao questionário socioeconômico visa tratar de questões relativas ao dia a dia desse grupo. Participaram desse estudo 180 pessoas vivendo com HIV que realizam seu acompanhamento em três centros de saúde municipal da cidade do Rio de Janeiro, RJ. Assim, com a análise dos dados atinentes ao contexto saúde-doença, pretende-se cuidar do modo de transmissão, temporalidade e aspectos básicos do autocuidado com a saúde.

De forma geral, a análise da distribuição dos participantes pode ser descrita da seguinte forma: verifica-se uma concentração de indivíduos do sexo masculino, com 147 (81,7%) do total entrevistado, na faixa etária de 39 a 59 anos (53,8%), com ensino médio (50,6%) e se encontravam empregados (71,6%) durante o período das entrevistas, residindo com familiares (59,4%), em uso de TARV (95,6%) e assintomáticos (93,9%). Detalha-se o perfil do grupo a seguir.

#### 4.1.1 Dados socioeconômicos

A análise da distribuição dos participantes do estudo por sexo mostra uma concentração de indivíduos do sexo masculino com 81,7% (n=147) do quantitativo

total de entrevistados, enquanto 18,3% (n=33) são do sexo feminino (Tabela 1).

Apesar do número elevado de homens participantes no estudo não houve uma intencionalidade dessa distribuição, sendo a razão de homens encontrada na amostra em questão, maior do que as médias das populações nacional e regional. A razão de sexos no grupo estudado é de 4,4 (M:F), 44 homens para cada dez mulheres.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes de acordo com o sexo. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Sexo	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	48	80,0	52	86,7	47	78,3	147	81,7
Feminino	12	20,0	8	13,3	13	21,7	33	18,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019.

O mais recente boletim epidemiológico sobre HIV/aids de 2019 apresenta os casos de infecção pelo HIV no período de 2007 a junho de 2019, por sexo. Nesse período, foi notificado 207.207 (69,0%) casos em homens e 93.220 (31,0%) casos em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2018, sem considerar gestantes, foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada dez mulheres (BRASIL, 2019).

Tal distribuição reflete o panorama atual da aids, que é, também, o mesmo do início da epidemia, quando o maior número de casos de aids era em homens. Desde 1980 até junho de 2018 foram registrados, no Brasil, 606.936 (65,5%) casos em homens e 319.682 (34,5%) em mulheres. A partir de 2010, observou-se uma redução gradual dos casos de aids em mulheres e um aumento nos casos em homens, refletindo-se na razão de sexos, que passou a ser de 23 casos de aids em homens para cada dez em mulheres em 2017, razão que se manteve em 2018 (BRASIL, 2019).

No que se refere a orientação sexual, cujos resultados são observados na Tabela 2, 110 (61,1%) indivíduos responderam que são homossexuais ou bissexuais, 70 (38,8%) responderam que são heterossexuais.

O Ministério da Saúde, por meio do Plano Nacional de Enfrentamento de aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis (BRASIL, 2008) aponta maior

vulnerabilidade ao HIV para gays e bissexuais masculinos, e associa essa condição diretamente às homofobias e segregação à qual estão expostos, especialmente os mais jovens. A impossibilidade de manifestar sua orientação sexual no interior da família e nos locais públicos define para os gays o destino do exercício clandestino da sexualidade. Essa situação os leva a frequentar lugares e situações desprovidos de condições favoráveis à prevenção de doenças (BRASIL, 2013b).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com a orientação sexual. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Orientação Sexual	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Heterossexual	23	38,3	22	36,7	25	41,7	70	38,8
Homossexual/bissexual	37	61,7	38	63,3	35	58,3	110	61,1
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019.

Diante desse perfil, se faz importante ressaltar que a vulnerabilidade da população LGBT+ (lésbicas, gay, bissexuais, travestis e transexuais) e seu acesso precário aos serviços de saúde são desafios postos, apesar das recentes conquistas no âmbito das políticas públicas (BRASIL, 2013b). O afastamento das unidades de assistência é reflexo de diversos obstáculos como discriminação, constrangimento, preconceito, estigma e falta de treinamento profissional adequado para o atendimento a esses indivíduos.

A heteronormatividade institucional, ou seja, a presunção da heterossexualidade como regra, tem efeitos deletérios sobre o acolhimento e o processo de cuidado da população LGBT+ (ALBUQUERQUE et al., 2013). Assim, a sensibilização e qualificação dos profissionais acerca das especificidades LGBT+ são fundamentais para garantir o efetivo cumprimento do direito à saúde (MELLO et al., 2011).

Em relação à faixa etária, pode-se observar na Tabela 3 uma maior quantidade de pessoas na faixa etária de 39 a 59 anos (n=97) 53,8%, seguida, respectivamente, dos participantes com idade entre 18 e 38 anos (n=70) 38,8% e 30 anos ou mais (n=13) 7,2%.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes quanto à faixa etária. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Faixa Etária	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
18 a 38 anos	20	33,3	31	51,7	19	31,7	70	38,8
39 a 59 anos	36	60,0	25	41,7	36	60,0	97	53,8
60 anos e mais	4	6,7	4	6,7	5	8,3	13	7,2
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora, 2019.

Observa-se que a distribuição dos participantes com mais de 60 anos faz supor que a minoria dos participantes estava na faixa etária de 24 anos na década de 1980, pressupondo que poucos vivenciaram o começo da aids no Brasil.

Dados do Boletim Epidemiológico HIV/aids (BRASIL, 2019) mostram que a maior concentração dos casos de aids no Brasil está nos indivíduos entre 25 a 29 anos (18,9%) de ambos os sexos, seguido de indivíduos entre 20 a 24 anos (17,9%) e 30 a 34 anos (15,8%) o que corresponde em partes aos dados encontrados.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes quanto à cidade onde mora. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Localização de moradia	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Rio de Janeiro	53	83,3	55	91,7	55	91,7	163	90,6
Outros	7	11,7	5	8,3	5	8,3	17	9,4
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora, 2019.

Neste mesmo Boletim, podemos observar as faixas etárias de forma agrupadas de modo a facilitar a comparação com os dados desta pesquisa: indivíduos de 20 a 39 anos (65,1%), 40 a 59 anos (21,4%) e 60 anos e mais (3,1%). Percebe-se que nesta pesquisa a faixa etária com maior concentração de casos é distinta à concentração no Brasil. Infere-se que por serem os bairros de

Copacabana, Lagoa e Tijuca os três bairros que concentram o maior percentual de idosos (+60 anos) entre os bairros do município pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), decorre uma possível causa para distinção dos resultados.

De acordo com a tabela 4, a distribuição dos participantes quanto ao local de moradia concentra-se a grande maioria, com 90,6%, no município do Rio de Janeiro.

No que se refere à escolaridade, observa-se que a maioria dos participantes possui ensino médio, sendo esses 50,6% (n=91), seguido por ensino superior com 32,7% (n=59) e ensino fundamental com 16,7% (n=30), dados estes, observáveis na Tabela 5. Esse resultado reflete um bom nível educacional na população do estudo, o que possivelmente atua como um fator positivo para a compreensão sobre a doença e seu enfrentamento.

O estudo de Reis et al. (2011) pontua que escolaridade de nível superior ou médio completo provavelmente favorece o maior acesso às informações sobre HIV/aids e também pode proporcionar melhores recursos para a convivência com a situação sorológica.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes quanto à formação escolar. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Nível de escolaridade	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ensino fundamental	13	21,7	6	10	11	18,3	30	16,7
Ensino médio	28	46,7	29	48,3	34	56,7	91	50,6
Ensino superior	19	31,7	25	41,7	15	25	59	32,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019

Segundo o Boletim Epidemiológico, no período de 2007 a junho de 2018, no que se refere à escolaridade, verificou-se um elevado percentual de casos ignorados (25,5%) nas respostas para o SINAN. Dos respondidos, a maior parte possuía ensino médio completo, representando 20,7% do total, em seguida os com escolaridade fundamental incompleta (5ª a 8ª série) com 12,1% (BRASIL, 2019).

A Tabela 6, referente à situação de trabalho, mostra que a maioria dos participantes estava empregado/trabalhando, correspondendo a 71,6% (n=129),

representando mais que a metade do grupo. Os outros 28,3% estavam divididos entre desempregado com 15,0% (n=27) e aposentados ou outros com 13,3% (n=24).

Tabela 6 – Distribuição dos participantes quanto à situação de trabalho. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Situação de emprego	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Aposentado/outros	6	10	9	15	9	15	24	13,3
Desempregado	13	21,7	7	11,7	7	11,7	27	15,1
Empregado/Trabalhando	41	68,3	44	73,3	44	73,3	129	71,6
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019

Em relação à renda pessoal dos participantes, a Tabela 7 demonstra que as rendas mais frequentes referidas entre os entrevistados são aquelas na faixa de 2001 reais ou mais, contendo 40,0% (n=72). Pessoa com renda de 1001 até 2000 reais aparecem com 32,2% (n=58), seguido de participantes com renda até 1000 reais, 27,8% (n=50). Somente no cenário de Copacabana se equiparou pessoas que recebiam até 1000 reais com as que recebiam 2001 reais ou mais.

Nesse trabalho, esta variável pode ser correlacionada ao maior número de pessoas que possuem algum vínculo empregatício, assim como por possuírem ensino médio ou superior completo. Um outro aspecto refere-se à localização das unidades cenários de pesquisa, por estarem situados entre os 26 bairros com melhores IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do município do Rio de Janeiro.

Tabela 7 – Distribuição dos participantes quanto a renda pessoal. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Renda pessoal em reais	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Até 1000 reais	22	36,7	12	20	16	26,7	50	27,8
De 1001 até 2000 reais	16	26,7	20	33,3	22	36,7	58	32,2
2001 reais ou mais	22	36,7	28	46,7	22	36,7	72	40,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019

Na tabela 8, percebe-se que a maioria dos participantes mora com a família, correspondendo a 59,4% (n=107), e que 34,4% (n=62) moram sozinhos. Somente 6,1% (n=11) responderam que moram com amigos. Este dado mostra-se relevante na medida em que residir no núcleo familiar ou com alguma outra pessoa fora deste contexto propicia acolhimento e segurança para o enfrentamento das questões que se colocam no viver com HIV.

Tabela 8 – Distribuição dos participantes quanto à pessoa com quem reside. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Com quem reside	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Amigos	7	11,7	3	5	1	1,7	11	6,1
Sozinho	25	41,7	18	30	19	31,7	62	34,4
Família	28	46,7	39	65	40	66,7	107	59,4
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019

Analisando o estado marital na Tabela 9, há um equilíbrio entre os participantes que declaram algum tipo de relação fixa, correspondendo a 49,4% (n=89) e aqueles que declaram não ter qualquer tipo de relação fixa, 50,6% (n=91).

Tabela 9 – Distribuição dos participantes quanto ao estado marital. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Estado marital	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Tem companheiro (a)/ casado (a)/ união estável/namorado (a)	29	48,3	32	53,3	28	46,7	89	49,4
Não tem companheiro (a) fixo ou namorado (a)	31	51,7	28	46,7	32	53,3	91	50,6
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019

Convém destacar que esta é uma variável importante para o objeto de estudo, considerando o aumento significativo do número de mulheres casadas que

foram infectadas pelo HIV por meio de relações com o próprio parceiro nos últimos anos, considerando que 33% dos participantes são mulheres.

Por outro lado, embora a maioria não tenha companheiro, não significa que residam sozinhos, considerando os resultados da tabela anterior. Há também que se pontuar que viver com HIV é colocado como um fator restritivo ao estabelecimento de relacionamentos afetivos por parte deste segmento da população.

Quanto à distribuição dos participantes segundo a espiritualidade ou vínculo religioso, a Tabela 10 mostra que a maioria 37,8% (n=68) se declarou como evangélico ou outras religiões. Na sequência, 32,2% (n=58) participantes afirmam serem católicos, e a minoria com 30,0% (n=54), declaram não ter religião demonstrando a importância da religiosidade ou espiritualidade como fontes de suporte social para esse grupo. O estudo de Hipólito (2016) afirma que a espiritualidade é um fator positivo que influencia nos fatores referentes à QV.

Tabela 10 – Distribuição dos participantes quanto à espiritualidade ou vínculo religioso. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

<b>Espiritualidade</b>	<b>Copacabana</b>		<b>Catete</b>		<b>Tijuca</b>		<b>Total</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Não tem religião	21	35,0	21	35,0	12	20,0	54	30,0
Católicos	21	35,0	20	33,3	17	28,3	58	32,2
Evangélicos e outras religiões	18	30,0	19	31,7	31	51,7	68	37,8
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019

No que se relaciona às principais fontes utilizadas para acesso à informação sobre HIV/aids (Tabela 11), 35,0% (n=63) indicam o meio social, seguida por 34,4% (n=62) no meio científico ou com profissionais de saúde e 30,6% (n=55) em sites em geral conforme observado na Tabela 11. Neste estudo compõe o meio social a televisão, jornal, revistas, livros em geral e conversa com amigos, colegas ou conhecidos.

Segundo Jodelet (2001), representação social é uma forma de conhecimento elaborada socialmente e partilhada entre as pessoas, que converge para a construção de uma realidade comum a um grupo social e possui um objetivo prático. Abric (2001) defende que as representações explicam a realidade, orientam práticas

sociais e justificam tomadas de posição depois que elas foram tomadas, além de definirem a identidade dos grupos.

Assim sendo, para este grupo pesquisado os dados revelam que os participantes têm nos meios sociais e científicos, serviços de saúde e profissionais da saúde as fontes mais acessadas e mostra ainda o papel que estas fontes podem contribuir para a construção da RS entre essas pessoas.

Tabela 11 - Distribuição dos participantes de acordo com as principais fontes de informações sobre HIV/aids. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Principal fonte de informações	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sites em geral	19	31,7	20	33,3	16	26,7	55	30,6
Meio científico/ profissionais de saúde	20	33,3	20	33,3	22	36,7	62	34,4
Meio social	21	35,0	20	33,3	22	36,7	63	35,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019

A terceira principal fonte de informação citada pelo grupo são sites em geral na internet. Este dado acompanha a expansão do acesso a internet como meio de comunicação que alcança todas as esferas da sociedade. A internet possui um importante papel para as pessoas que vivem com HIV por serem mais do que fonte de informações, mas também por integrar redes sociais de apoio a esta parcela da sociedade. Pode-se destacar que é em meio virtual também que várias fontes científicas, protocolos e manuais técnicos estão disponibilizados.

#### 4.1.2 Dados atinentes ao contexto clínico

No que diz respeito a variável tempo de diagnóstico, verifica-se na Tabela 12 que houve uma distribuição equilibrada entre os participantes. Cerca de 37,2% (n=67) referiram tempo de diagnóstico de até 6 anos, seguido pelos períodos de 6 a 14 anos antes do ano da pesquisa com 34,4% (n=62) e os participantes com mais

de 14 anos de tempo de diagnóstico sendo 28,3% (n=51) cada um. Essas informações permitem evidenciar a temporalidade de convivência com a doença.

Tabela 12 – Distribuição dos participantes quanto ao tempo de diagnóstico. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Tempo de diagnóstico	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Até 6 anos	20	33,3	29	48,3	22	36,7	67	37,2
De 6 a 14 anos	19	31,7	19	31,7	16	26,7	62	34,4
Mais de 14 anos	21	35,0	12	20,0	22	36,7	51	28,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019

Considerando-se os últimos dez anos, o boletim epidemiológico mostra que a taxa de detecção da aids em homens apresentou aumento entre 2007 e 2011. Manteve-se estável até 2013, quando voltou a cair. Em 2018, a detecção da aids entre homens foi de 25,2 casos a cada 100.000 habitantes. Entre as mulheres, observou-se uma tendência de queda dessa taxa nos últimos dez anos, que passou de 17,0 casos/100mil habitantes em 2008, para 10,5 em 2018, ou seja, redução de 38,2% (BRASIL, 2019).

Quanto ao modo de infecção do HIV, a Tabela 13 mostra que a maior parte dos participantes, que corresponde a 85,6% (n=154), declarou que adquiriu o vírus por via sexual. Destes, 55,0% (n=99) afirmaram que adquiriram o vírus através de sexo homossexual ou homens que fazem sexo com homens (HSH) e 30,5% (n=55) de sexo heterossexual ou estupro. A transmissão por via sanguínea apareceu com 13,9% (n=25) e a através de drogas injetáveis (UDI), pouco expressiva, com apenas 0,6% (n=1), dados estes consoantes ao do Boletim Epidemiológico de 2019.

Segundo o boletim, epidemiológico do Programa de IST/aids, em todas as regiões, a principal via de transmissão entre homens e mulheres com mais de 13 anos de idade foi a via sexual. Entre os homens, no ano de 2018, as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram predomínio da categoria de exposição de homo/bissexual, 46,5% e 42,8% respectivamente, enquanto nas demais regiões o predomínio foi heterossexual (BRASIL, 2019).

Tabela 13 – Distribuição dos participantes quanto a forma de infecção. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Modo de infecção	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Drogas	1	1,7	-	-	-	-	1	0,6
Via sanguínea	5	8,3	10	16,7	10	16,7	25	13,9
Contato heterossexual/estupro	17	28,3	15	25	23	38,3	55	30,5
HSH/contato homossexual	37	61,7	35	58,3	27	45	99	55,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019

Acerca da categoria de UDI, a proporção de usuário de UDI vem diminuindo ao longo dos anos em todo o Brasil, representando 2,4% dos casos entre homens e 1,5% dos casos entre mulheres no ano de 2018 (BRASIL, 2019).

Quanto aos participantes que estavam fazendo uso de TARV, a Tabela 14 apresenta que 95,6% (n=172) declararam fazer uso de medicação, enquanto que a minoria 4,4% (n=8) afirmou não o fazer.

Tabela 14 – Distribuição dos participantes quanto ao uso de TARV. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Uso da TARV	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Não	2	3,3	5	8,3	1	1,7	8	4,4
Sim	58	96,7	55	91,7	59	98,3	172	95,6
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019

Tais resultados validam a recomendação do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018c) de início imediato da TARV para todas as pessoas vivendo com HIV independentemente do seu estágio clínico e/ou imunológico. Ademais, se aproximam da meta 90-90-90, reconhecida pelo JOINT UNITED NATIONS

PROGRAMME ON HIV/AIDS (2017), o qual estabelece que até 2020: 90% das pessoas vivendo com HIV serão diagnosticadas, 90% receberão TARV ininterruptamente e 90% em uso de TARV terão supressão viral.

Em relação ao tempo de uso da TARV, observa-se na Tabela 15 que a maioria declarou tempo de início até 4 anos, 35,6% (n=64), seguido bem de perto por uso a partir de 4 a 11 anos, 33,9% (n=61), sucessivamente de 26,1% (n=47) que afirmaram fazer uso há mais de 11 anos. Participantes que não usam TARV ou não responderam correspondem a 4,4% (n=8) dos participantes.

Tabela 15 - Distribuição dos participantes quanto ao tempo de início do uso da TARV. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Tempo de uso da TARV	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Não usam TARV ou não responderam	2	3,3	5	8,3	1	1,7	8	4,4
Até 4 anos	17	28,3	29	48,3	18	30,0	64	35,6
A partir de 4 a 11 anos	23	38,3	12	20,0	26	43,3	61	33,9
A partir de 11 anos	18	30,3	14	23,3	15	25,0	47	26,1
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019

Importante frisar que o uso da TARV contribui de forma bastante significativa para a diminuição da mortalidade e da morbidade entre as pessoas vivendo com HIV, sendo a adesão ao uso da medicação um dos fatores que podem influenciar de forma positiva a qualidade de vida dessa população (BRASIL, 2018c).

Em relação ao estágio atual dos sintomas, a Tabela 16 evidencia que 93,9% (169), ou seja, a grande maioria dos participantes, declarou estar sem sintomas, enquanto 6,1% (n=11) declararam apresentar sintomas.

Tabela 16 – Distribuição dos participantes quanto estágio atual dos sintomas. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Estágio atual	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sem sintomas	56	93,3	58	96,7	55	91,7	169	93,9
Com sintomas	4	6,7	2	3,3	5	8,3	11	6,1
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019

A tabela 17 demonstra a presença ou não de alterações por causa do uso da TARV. Temos então um equilíbrio já que 49,4% (n=85) dos participantes responderam que não tem/teve alterações e 50,5% (n=87) referiram a presença de alterações em sua história de vida causada pelo uso das medicações.

Tabela 17 – Distribuição dos participantes quanto alterações em consequência do uso dos antirretrovirais. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Alteração TARV	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Não tem ou teve alterações	27	45	31	51,7	27	45	85	49,4
Tem ou teve alterações	31	51,7	24	40	32	53,3	87	50,5
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>96,7</b>	<b>55</b>	<b>91,7</b>	<b>59</b>	<b>98,3</b>	<b>172</b>	<b>95,5</b>
Sistema Omissa	2	3,3	5	8,3	1	1,7	8	4,5
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019

Cabe salientar que os benefícios globais da supressão viral e a melhora na função imunológica como resultado da TARV superam largamente os riscos associados aos efeitos adversos de alguns ARV. Os novos esquemas de ARV estão associados a menos efeitos adversos graves ou intoleráveis que os esquemas utilizados no passado, e as descontinuidades do tratamento têm sido menos frequentes segundo protocolo mais recente do MS (BRASIL, 2018c).

No que concerne ao uso de preservativo, a Tabela 18 evidencia que a maioria dos participantes 55,0% (n=99) referiu uso de preservativo sempre e que 37,8% (n=68) afirmaram usar às vezes ou nunca 6,1% (11). Esses dados dizem muito

sobre a manutenção de um padrão de comportamento que induz a maior vulnerabilidade, mesmo depois de quase 40 anos da epidemia.

Tabela 18 – Distribuição dos participantes quanto ao uso de preservativo nas relações sexuais. Rio de Janeiro, Brasil, 2017

Uso de preservativo	Copacabana		Catete		Tijuca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Nunca usa	4	6,6	3	5,0	4	6,6	11	6,1
Às vezes usa	22	36,7	21	35,0	24	40,0	68	37,8
Sempre usa	34	56,7	35	58,3	31	51,7	99	55,0
Não responderam	-	-	1	1,7	1	1,7	2	1,1
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

Fonte: a autora, 2019

Segundo Valois (2012), no âmbito pessoal, o cuidado associado ao HIV/aids relaciona-se com a autoproteção atrelado à necessidade do uso do preservativo, mesmo naquelas relações consideradas estáveis. Entretanto, apesar desse entendimento, o não uso ou o uso esporádico do preservativo apresentam-se como 43,9% do relato da população estudada.

Uma pesquisa realizada por Oliveira (2011) revelou que os idosos infectados pelo HIV não souberam informar como adquiriram a infecção e que as mulheres idosas infectadas confiam em seus companheiros, mesmo não sabendo identificar outra fonte de infecção que não fossem as suas relações monogâmicas.

Para Giacomozzi e Camargo (2006), em estudo no qual se avaliaram as representações sociais sobre prevenção da aids construídas por 20 mulheres com relacionamento conjugal estável, constatou que elas, no geral, não consideram o risco de contrair o vírus por via sexual por confiarem no seu parceiro. Elas referiram que o uso da camisinha com objetivo de proteção ao HIV deve estar presente entre solteiros sem relacionamento fixo, projetando o risco para outras pessoas que não compartilham das mesmas características que as delas.

Assim, podemos inferir, que as pessoas em geral parecem não levar em conta que a prevenção não depende dos conhecimentos e atitudes dos homens ou das mulheres, mas da forma como vivenciam a relação de gênero.

## 4.2 Análises Prototípicas: a aids representada por pessoas vivendo com HIV

Neste capítulo será apresentado o resultado relativo à estrutura representacional do conjunto de participantes composto por pessoas que vivem com HIV e que são atendidas nas três unidades de saúde escolhidas como campo de pesquisa, correspondendo a toda amostra da pesquisa, que é de 180 participantes.

Na sequência são apresentadas as estruturas das representações sociais dos participantes de cada unidade de saúde, sendo 60 participantes em cada serviço.

Assim sendo, serão apresentados 4 quadros de quatro casas, referentes à:

- a) representação social da aids do grupo geral;
- b) representação da aids dos participantes da unidade de saúde do Catete;
- c) representação da aids dos participantes da unidade de saúde de Copacabana;
- d) representação da aids dos participantes da unidade de saúde da Tijuca.

Os resultados estão expostos de acordo com a Teoria das Representações Sociais (TRS) em sua abordagem estrutural e, à vista disso, estão descritos e analisados à luz dos pressupostos da teoria do núcleo central (TCN). Conforme Abric (2000), sobre a abordagem estrutural da TRS, a representação é formada por um sistema interno duplo, que contém elementos centrais e periféricos, onde cada parte tem um papel específico e complementar da outra parte. A técnica de análise apoiou-se na construção de um quadro de quatro casas, no qual foram distribuídas as palavras evocadas considerando os critérios de frequência e ordem média de evocação (OME), com objetivo de demonstrar graficamente as palavras pertencentes ao núcleo central e ao sistema periférico das representações sociais dos grupos.

#### 4.2.1 Análise estrutural da representação social da aids para pessoas vivendo com HIV – grupo geral

No grupo geral, o resultado das evocações livres ao termo indutor “aids”, compôs um total de 831 palavras, sendo que destas 95 são diferentes. Os pontos de corte escolhidos para esta análise corresponderam a frequência mínima de 12, excluindo-se assim os termos evocados abaixo desta frequência, reduzindo para 502 o quantitativo de palavras evocadas analisadas. Desta forma, foi calculada a frequência média que correspondeu a 24 e o programa definiu o *rang* médio de evocações 2,87, ajustado para 2,9.

A partir desses dados, apresentamos os resultados da análise prototípica no quadro 2, através de duas coordenadas calculadas: a frequência no *corpus* do grupo e a ordem média de evocação (OME). Advertimos que 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 (ABRIC, 2003).

Nas palavras de Abric (2000, p. 1), “toda representação é uma forma de visão global e unitária de um objeto, mas também de um sujeito”. A realidade reorganizada pela representação possibilita a assimilação das “características objetivas do objeto, das experiências anteriores do sujeito e do seu sistema de atitudes e de normas” (ABRIC, 2000, p.2). Por ser uma organização significativa, permite ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências, proporcionando a adaptação e o encontro de um lugar na realidade.

Apoiado nesses preceitos da Teoria do Núcleo Central (ABRIC, 2000; 2003a; SÁ, 2002), os dados apresentados no Quadro 2 permitem apontar os possíveis elementos centrais, que constituem o provável “núcleo central” da representação da aids para pessoas vivendo com HIV. São eles, no quadrante superior esquerdo: *doença-normal, medo, ruim, vida-normal e morte*.

Quadro 2 – Estrutura da representação social da aids referente às evocações de pessoas que vivem com HIV ao termo indutor “aids”. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017

Rang < 2,9				>= 2,9		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
	Elementos Centrais			1ª periferia		
>= 24	doença-normal	49	2,041	preconceito	54	2,963
	medo	27	2,296	cuidados-saúde	47	3,149
	ruim	27	1,667	prevenção	28	3,143
	vida-normal	27	2,593	força-de-vontade	24	3,375
	morte	26	2,269			
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
	Elementos de contraste			2ª periferia		
< 24	difícil	18	2,778	tratamento	22	3,227
	tristeza	15	2,267	cura	21	2,905
				adaptação	19	2,947
				medicações	18	3,722
				aborrecimento	14	3,214
				saúde	14	3,286
				esperança	14	3,643
				adoecimento	13	3,077
				aceitação	13	3,308
				informação	12	3,000

Nota: n= 180 participantes, Fmín= 12; Rang médio = 2,9; Fméd = 24

Fonte: a autora, 2019.

Por terem as mais elevadas frequências e baixas ordens médias de evocação permitem inferir que se trata de elementos bastante estáveis e constantes, que não variam em função do contexto imediato, por isso, compõem o núcleo central da representação. Vale destacar, que de acordo com Abric (2003a) e Sá (2002), nem todos os elementos presentes neste quadrante são centrais, no entanto o núcleo central da representação encontra-se neste quadrante.

A palavra *doença-normal* destaca-se por possuir a maior frequência (49), ficando as outras quatro em equilíbrio quantitativo e distante da primeira: *medo*, *ruim* e *vida normal* com frequência de (27) e *morte* (26). Quanto à ordem de evocação, é priorizada pelos participantes a palavra *ruim* (1,66), seguida em ordem de priorização, *doença-normal* (2,04), *morte* (2,26), *medo* (2,29) e *vida-normal* (2,59). Os termos *medo*, *morte* e *ruim* sugerem um núcleo central integrado por elementos

negativos, definindo a aids como uma *doença-normal* que possibilita uma *vida-normal*, mas gera *medo*, proximidade com a *morte* e por isso é *ruim*.

Como característica ontológica de um núcleo central de determinada representação, destaca-se a natureza do objeto representado, o tipo de relações que o grupo mantém com este objeto e o sistema de valores e padrões sociais que constituem o ambiente de vida, em sua dimensão objetiva ou subjetiva, do indivíduo e do grupo (ABRIC, 2000).

A palavra *doença-normal* possui a maior frequência de evocação, e a palavra *ruim* é a mais prontamente evocada, caracterizando como os dois elementos mais importantes da análise. Chama a atenção por serem termos destoantes e evidencia a integração de elementos novos apesar de manter termos antigos da representação, que remontam os primórdios da epidemia.

Para Sá (2002, p. 70), “a simples descrição do conteúdo de uma representação não é suficiente para reconhecê-la e especificá-la. É a organização desse conteúdo que é essencial”. Segundo Abric (2003), o NC é determinado de uma parte pela natureza do objeto representado, de outra parte pela relação que o grupo mantém com esse objeto. Deste modo o NC pode assumir algumas dimensões diferentes.

Conforme Moscovici sistematiza, cada universo, por hipótese, tem três dimensões basilares presentes, permitindo o que ele denominou de *análise dimensional* (1978, p. 71): a atitude, a informação (dimensão ou conceito) e o campo de representação ou imagem. É esta tridimensionalidade que lhe dá sustentação em termos de consistência representativa e importância social.

Além desse tipo de análise com três dimensões, Abric (2003) propõe também que o NC pode ser analisado por duas dimensões: normativa e funcional. Em uma sequência de trabalhos, Abric e Tafani (1995), Guimelli (1998) e Rateau (1995) validaram a existências dessas duas dimensões.

Os elementos normativos, ligados à história e a ideologia, são diretamente originados do sistema de valores dos indivíduos. Os elementos funcionais determinam as condutas relativas ao objeto por estarem relacionados às características descritivas e a inscrição do objeto nas práticas sociais ou operacionais. A simultaneidade desses elementos permite ao NC realizar seu duplo

papel: justificar os julgamentos de valor (avaliativo) e atribuir às práticas específicas (pragmático) (ABRIC, 2003).

Fundamentado no que foi anunciado por Abric (2003), o provável NC é formado por elementos normativos e funcionais. Assim, ainda no quadrante superior esquerdo do quadro apresentado, os elementos *doença-normal* e *vida-normal* podem ser classificados como funcionais. As evocações *medo e ruim e morte* são normativas, considerando a história do grupo, ou seja, as representações iniciais da aids e na conotação ideológica associada a aids à um grupo específico.

Como anteriormente dito, de acordo com Moscovici uma representação social pode ter três dimensões que nos fornecem uma visão de seu conteúdo e sentido (MOSCOVICI, 2012). A informação (dimensão ou conceito) tem relação com a organização dos conhecimentos que o grupo possui a respeito ao objeto social, no nosso caso, a aids.

Os termos *doença-normal* e *vida-normal* apresentam-se como um conceito. Doença por si só não é normal. Doença-normal traz a conotação daquilo que as pessoas podem conviver e não necessariamente ir à morte. Insere-se no conceito de normalidade. Assim também com vida-normal, onde vida, vida com aids e vida-normal são espectros diferentes que carrega o conceito de normalidade.

O *medo* está relacionado à dimensão atitudinal, de natureza emocional. A atitude termina de explicitar a orientação global em relação ao objeto da representação social. O termo *morte* é uma evocação do campo de representação, pois remete à ideia de imagem, de modelo social, com conteúdo concreto e limitado das proposições que expressam um aspecto determinado do objeto da representação (MOSCOVICI, 2012).

O elemento *ruim*, seguido por *medo e morte* apresentam como significado a perturbação resultante da ideia de um perigo real ou palpável ou da presença de alguma coisa perniciosa, capaz de gerar apreensão e levar ao padecimento. Termos que trazem em seu cerne a ideia da doença com um destaque relativo, uma vez que a aids aparece como uma doença que mata ou que ainda não tem cura e mata. A presença destes elementos como organizados de várias cognições é adjetivada pelos participantes, de forma a tornar-se distante, imaginária, sem concretude, mobilizando, antes de tudo, o *medo* e a tentativa de afastamento do discurso moralista, que discrimina aqueles que não se “preveniram” (TURA, 1998).

Merece destaque o termo *morte* que se apresenta como um elemento presente no limite da divisão dos quadrantes superior e inferior. De acordo com o conceito de desvio padrão, esse termo poderia estar na zona de contraste porque apresenta uma frequência (26) e OME (2,26) que se encaixa dentro do desvio padrão da média (informação verbal)<sup>2</sup>. Modificando a média, presumivelmente esse elemento migraria para o quarto quadrante, ou como chamado por Abric (2003), zona de contraste.

Assim, *morte* é um elemento que possivelmente não é central. Embora os óbitos por aids tenham diminuído, desde o início da epidemia até o fim de 2018, 32 milhões de pessoas morreram em todo o mundo de doenças relacionadas à aids (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2020) o que pode contribuir para representação da aids como sinônimo de “morte”.

Pensa-se que a distribuição limítrofe do termo *morte*, tendo em vista a relação com análises representacionais da aids em décadas anteriores (BEZERRA et al., 2018; CAMARGO, 2000; COSTA, 2012; FLORES-PALACIOS; LEYVA-FLORES, 2003; MARQUES; OLIVEIRA; FRANCISCO, 2003; MORIN, 1993 apud FLAMENT, 1994; TURA, 1998), reputa-se mais um reforço à hipótese de mudança progressiva nas representações sociais da doença, como disposto em Oliveira e Costa (2007), Gomes, Silva e Oliveira (2011) e Silva e Takahashi (2008), com saída da dimensão da *morte* do núcleo central da representação, especialmente, proporcionada pela possibilidade de cronicidade do agravo, também ratificado pelas cognições *doença-normal* e *vida-normal*.

Ainda sobre o conceito de desvio padrão, ao olharmos para os quadrantes à direita, chamados de primeira e segunda periferia, entendemos que não há grande diferença de função se um termo estiver presente no quadrante superior ou inferior, porém faz muita diferença se estão muito próximos do *rang médio* 2,9. Temos então os termos *preconceito*, *adaptação* e *cura*. Sobre esses cognemas faremos uma discussão particular, pois, assim como *morte*, podem ser termos que migrem para outros quadrantes.

O termo *preconceito* com a frequência média (54) e com OME (2,96) é possivelmente central. Assim como *adaptação* e *cura* elementos da zona de

---

<sup>2</sup> Análise da prof<sup>a</sup> Denize Cristina de Oliveira sobre o quadro de quatro casas na abordagem estrutural em reunião do grupo de pesquisa, Faculdade de Enfermagem, UERJ, em 04 jul. 2019.

contraste por apresentaram OME (2,94) e (2,90) consecutivamente. Em várias pesquisas anteriores e mesmo as análises de grupos mostram o *preconceito* como um termo central (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015; MARQUES; FRANCISCO; CLOS, 2003; MARQUES, OLIVEIRA, FRANCISCO, 2003; MARQUES; OLIVEIRA. GOMES, 2004; OLIVEIRA, 2013). Então temos um indicador quantitativo e outros estudos que mostram o *preconceito* como central. Abric observa ainda que o que define a centralidade em uma representação são os critérios qualitativos. Assim, não basta um elemento aparecer maciçamente em um núcleo para determinar sua centralidade, já que o decisivo é o fato de ele dar significado à representação (Abric, 1994b e 1998).

Os cognemas *medo*, *preconceito* e *ruim* apontam o olhar negativo dentro da representação da aids, e que são mais numerosos que *doença-normal*. Os elementos negativos apontam uma dimensão representacional ligados à dimensão atitudinal. Como já declarado acima, atitude é julgamento, termina por explicitar a orientação global em relação ao objeto da representação social (MOSCOVICI, 2012). Para que uma representação exista ela tem que ter as três dimensões principais: atitude, imagem e conhecimento. Temos então, essas três dimensões presentes no contexto da representação com uma orientação positiva e uma orientação negativa, sendo que a orientação negativa parece ser mais predominante.

O sistema periférico é identificado através das demais palavras evocadas, possui variedade maior e uma frequência menor. Representa o resultado entre as interações das experiências cotidianas dos indivíduos. Sua função é permitir a adaptação à realidade concreta respeitando a diferença de conteúdo. Tem como característica possibilitar a integração de experiências e histórias individuais; tolerar as contradições do grupo e ser flexível e evolutivo (ABRIC, 2000). Flament (1994) faz uma importante contribuição à ideia do núcleo central ao sustentar que as representações não se manifestam do mesmo modo, demonstrando a importância que os elementos periféricos têm no funcionamento e na organização das representações sociais.

Conforme o Quadro 2, os elementos que constituem a primeira periferia da representação da aids são: *preconceito*, *cuidados-saúde*, *prevenção* e *força-de-vontade*, apresentando uma dimensão conceitual (informação) e atitudinal das

peças vivendo com HIV sobre o cotidiano de quem enfrenta a doença. A vida e a saúde das peças vivendo com HIV dependem da adesão aos cuidados, meios de autoproteção e superação.

Após o termo *preconceito*, já discutido acima, o segundo elemento com maior frequência (47) na primeira periferia é *cuidados-saúde*, com OME (3,14), que associado ao termo *prevenção*, apresenta atributos das informações que o grupo possui a respeito da via de transmissão do HIV, ato ou efeito de prevenir ou se prevenir, o cuidado, a proteção e preservação. A palavra *prevenção* foi a terceira com maior frequência (28) nesse quadrante, com OME (3,14). Vale destacar que de acordo com o dicionário de padronização dos termos evocados (APÊNDICE E), o cognema *prevenção* engloba pelo menos dois conjuntos de significados: as ações necessárias à prevenção da infecção primária e ações voltadas para evitar a transmissão para outras peças e/ou reinfecção pelo vírus.

A associação entre esses dois termos caracteriza a introdução de elementos positivos na representação da aids e apresenta relação com o autocuidado que a pessoa vivendo com HIV deve ter consigo mesmo. A palavra *cuidados-saúde* se refere aos termos cuidado e preservação no dicionário de padronização da pesquisa (APÊNDICE E).

O termo *força-de-vontade*, com frequência (24) e OME (3,37), também se apresenta como um elemento positivo dentro desse quadrante. O seu contexto semântico (APÊNDICE E) inclui termos como: coragem, determinação, força, luta, perseverança, persistência, sobrevivência e superação. Traduz a dimensão atitudinal da representação e possui relação com a cronicidade da doença e o enfrentamento da mesma. Se relaciona, também, com os elementos *doença-normal* e *vida-normal* do núcleo central, além de cuidados-saúde e prevenção, uma vez que a percepção da possibilidade de cuidar da doença leva a uma vida normal e aumenta a qualidade e expectativa que as peças vivendo com HIV tem sobre a aids. É preciso coragem, persistência, *força-de-vontade* e superação para vencer o *medo da morte* e enfrentar as adversidades.

Em seguida observa-se no Quadro 2, dez elementos que se situam na segunda periferia da representação da aids. De acordo com Abric (2001), esses termos asseguram, de forma parcial, a estabilidade da representação, conferindo uma proteção para o núcleo central. Esses elementos são: *tratamento*, *cura*,

*adaptação, medicações, aborrecimento, saúde, esperança, adoecimento, aceitação e informação.*

O termo *tratamento* tem a maior frequência (22) deste quadrante com OME (3,22) alta, seguido por *cura* com frequência (21) e OME (2,90) destacando-se como segunda maior frequência e menor OME, o que retrata a sua importância para parte do grupo e a esperança para a plenitude da vida normal. *Adaptação* é a evocação com terceira maior frequência (19) e segunda menor OME (2,94). Rematando as maiores frequências temos *medicações* com (18) e OME (3,77). Apresentando frequências mais baixas segue *aborrecimento, esperança e saúde* (14), e consecutivas OME 3,21, 3,64 e 3,28. *Aceitação e adoecimento* com frequência (13) e OME (3,30) e (3,07). Findando o quadrante com frequência 12 e OME 3,00 dispomos o termo *informação*.

A dimensão conhecimento é expressa nos elementos *tratamento, medicações, saúde, adoecimento e informação*. Sugerem uma visão mais complexa do processo saúde-doença, envolvendo informações sobre as tecnologias de combate medicamentoso do HIV/aids. Esses termos são elementos relacionados ao avanço terapêutico evidenciado pelos antirretrovirais.

Pode-se notar que os cognemas *aceitação, adaptação e esperança* expressam significados atitudinais positivos, em uma dimensão afetiva e com caráter humanístico direcionados ao enfrentamento do viver com HIV. De modo associado à questão da qualidade de vida, é possível identificar a dinâmica envolvendo a sua modificação de hábitos, associado a foco, equilíbrio, aceitação das limitações e restrições, após a descoberta do diagnóstico. Busca-se uma adaptação ao novo estado de saúde e condição de vida para conviver melhor com a doença.

Interessa destacar que é possível perceber que os conteúdos representacionais relacionados ao perfil epidemiológico atual da doença (cronicidade) e aos avanços na terapia medicamentosa, contribuíram para modificação da expectativa de morte/vida das pessoas vivendo com HIV, expressado no termo *cura*, que pode estar manifestando o desejo do combate ao vírus numa perspectiva para o futuro.

A esperança de cura é fundamental para dar sentido ao enfrentamento das dificuldades advindas do tratamento e da situação social de pessoas infectadas pelo HIV, abrindo perspectivas para o futuro. No estudo de Ribeiro, Coutinho e Saldanha

(2004), que se refere às representações sociais com 31 enfermeiros que atendem pessoas vivendo com HIV, foram apontadas associações da aids com o tratamento, acompanhamento constante e com a esperança de cura.

Recuperando a discussão sobre o conceito de desvio padrão, ao olharmos para os quadrantes à direita entendemos que não há grande diferença de função se um termo estiver presente no quadrante superior ou inferior, porém faz muita diferença se estão muito próximos do *rang médio* 2,9. Destacam-se então, neste quadrante inferior, os termos *cura* e *adaptação* por apresentarem OME (2,90) e (2,94), facultando a possibilidade de serem elementos que migrem para a zona de contraste.

Para Abric (2003a), a zona de contraste contém elementos que reforçam as noções presentes no núcleo central e na primeira periferia, ou revelam a existência de um subgrupo que sustenta uma representação distinta da maioria. Pode ainda apontar mudanças representacionais em curso, do centro para a periferia (OLIVEIRA, 2013).

Analisando ainda o sistema periférico, verifica-se que no quadrante inferior esquerdo, denominado, por Abric (2003b), zona de contraste, os termos com menor frequência absoluta, porém considerados importantes pelos participantes, haja vista que foram mais prontamente evocados (OME. < 2,9) são: *difícil* e *tristeza*, com frequência 18 e 15 e OME 2,77 e 2,26, respectivamente.

Constata-se que os cognemas expressam significados atitudinais negativos, em uma dimensão afetiva que reforçam alguns termos encontrados no núcleo central. A dimensão afetiva negativa comumente ocorre nas pessoas vivendo com HIV/aids, podendo relacionar-se aos diferentes enfrentamentos vivenciados, como *preconceitos*, *adoecimento*, *adaptação* e *força-de-vontade*. Estes sentimentos negativos se intensificam na condição de irreversibilidade da doença associado aos sentimentos de *medo*, *morte* e *ruim*, presentes no núcleo central. Em contrapartida, esses julgamentos e sentimentos opõem-se ao conhecimento acerca da cronicidade da doença, evocada no núcleo central como *doença-normal* e *vida-normal*.

Presente no campo semântico do termo *tristeza*, temos: amargura, choro, coisa muito triste, frustração, infelicidade, lágrimas, triste e tristeza. De mesma forma, padronizado (APÊNDICE E) como *difícil* encontra-se: chata, complicada,

convivência complicada, difícil, dificuldade, fardo, grande mal, não deseja para ninguém, obstáculo, pergunta complicada.

Segundo Barbará, Sachetti e Crepaldi (2005), a pessoa que vive com aids continua vivendo uma dupla jornada de sofrimentos. De um lado sofrimento físico, acarretado por uma doença que ainda é mortal, mesmo com os avanços farmacológicos; e de outro lado, sofrimento social, causado pelo olhar excludente dirigido ao portador.

Pode-se observar de maneira geral uma organização estrutural que aponta para um processo de mudança na representação social da aids, com a inclusão dos termos doença-normal e vida-normal, e deslocamento do termo preconceito para a centralidade, mas ainda como elemento flutuante entre o núcleo central e primeira periferia.

O que define mudança em uma representação social é a alteração de seu sistema central, que faz com que a representação perca sua identidade original. Quando há contestação de elementos do sistema central, pode ocorrer um processo de transformação. Uma contestação de elementos periféricos, devido a mudanças contextuais ou novas práticas sociais, não ameaça a coerência da representação, por servir como escudo para os elementos do sistema central, viabilizando mecanismos de defesa da representação, sendo assim, não implica transformação representacional (HIPÓLITO, 2015).

A estrutura e a organização da representação no grupo geral mostram a incorporação do conhecimento no núcleo central e também no sistema periférico. Mostra ainda, as atitudes com forte tendência a se concentrar no sistema periférico. Essa organização possibilita inferir que a representação desde grupo está numa fase de transição tendendo para a mudança da sua representação em relação à aids, ou seja, ainda mantém elementos arcaicos incorporados às primeiras representações da aids, presentes no núcleo central e sistema periférico, e ao mesmo tempo introduz neste mesmo sistema elementos que caracterizam a adaptação da representação às evoluções do novo contexto da síndrome.

#### 4.2.2 Análise comparativa da estrutura da representação social da aids dos grupos das unidades de Atenção Primária

Apresentamos a seguir os resultados relativos à estrutura representacional dos grupos de cada cenário do campo de pesquisa. Como a amostra é de 180 participantes, em cada uma das três unidades de saúde escolhidas, entrevistamos 60 pessoas vivendo com HIV e acompanhadas nas respectivas unidades/campo de pesquisa dos bairros Catete, Copacabana e Tijuca.

No subgrupo do Catete, o produto das evocações livres do termo indutor “aids”, compôs um total de 274 palavras, sendo que destas 81 são diferentes. Os pontos de corte escolhidos para esta análise corresponderam a frequência mínima de 6, excluindo-se assim os termos evocados abaixo desta frequência, reduzindo na análise o quantitativo total de palavras evocadas para 141. Desta forma, a frequência média correspondeu a 9,4 ajustada para 9, e *rang* médio de evocações 2,86, ajustado para 2,8.

Temos nos dados do subgrupo de Copacabana um total de 277 palavras, sendo que destas 68 são diferentes. Os pontos de corte escolhidos para esta análise corresponderam a frequência mínima de 8, excluindo-se assim os termos evocados abaixo desta frequência. Assim, reduziu para 134 a quantidade total de palavras evocadas para análise. Desta forma, a frequência média correspondeu a 12 e *rang* médio de evocações 2,87, ajustado para 2,9.

Todos esses parâmetros para a construção do quadro de quatro casas do grupo geral e dos três subgrupos de pessoas vivendo com HIV estão descritos no quadro 3 a seguir.

No cenário da Tijuca, o subgrupo compôs um total de 280 palavras, sendo que destas 72 são diferentes. Os pontos de corte escolhidos para esta análise corresponderam a frequência mínima de 6, excluindo-se assim os termos evocados abaixo desta frequência, reduzindo para 148 o total de palavras evocadas na análise. Desta forma, a frequência média correspondeu a 9,8 ajustada para 10, e *rang* médio de evocações 2,88, ajustado para 2,9.

Quadro 3 – Descrição dos parâmetros adotados para gerar o quadro de quatro casas do grupo geral Rio de Janeiro, subgrupo do Catete, Copacabana e Tijuca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019

<b>Campo de Pesquisa</b>				
<b>Estrutura Representacional</b>	<b>Catete</b>	<b>Copacabana</b>	<b>Tijuca</b>	<b>Grupo Geral</b>
Total de Palavras	274	277	280	831
Palavras Diferentes	81	68	72	95
Total de palavras evocadas analisadas	141	134	148	502
Frequência Mínima	6	8	6	12
Frequência Média	9	12	10	24
Rang Médio	2,8	2,9	2,9	2,9

Fonte: a autora, 2019.

Analisando-se a estrutura e a organização da representação social da aids no grupo atendido na unidade do bairro do Catete (Quadro 4), observa-se semelhanças com a estrutura e a organização da representação da aids de todos os participantes do estudo (Quadro 2). Verifica-se como diferença, em relação à localização, as palavras *morte*, *ruim*, *vida-normal*, *adoecimento* e *tratamento*. A palavra *morte* no quadro referente ao grupo geral compõe os elementos centrais do quadrante superior esquerdo, aparecendo no quadro do grupo do Catete compondo os elementos da zona de contraste, acrescentando à possível mudança no núcleo central da representação da aids. O termo *morte* é a palavra mais prontamente evocada entre todos os termos evocados por este subgrupo.

Como anteriormente dito, a zona de contraste contém elementos que reforçam as noções presentes no núcleo central e na primeira periferia, ou revelam a existência de um subgrupo que sustenta uma representação distinta da maioria (Abric, 2003a). Neste quadrante, ficam localizados os termos com menor frequência absoluta, porém considerados importantes pelos participantes.

A tabela 3 mostra que mais da metade dos participantes do subgrupo Catete tem idade de 18 até 38 anos (51,7%). Proporcionalmente comparando entre os

outros subgrupos, Copacabana (33,3%) e Tijuca (38,8%), são os mais jovens participantes. No início da década de 90 esses participantes tinham cerca de 14 anos ou mais. Foi ainda nesse período, entre início dos anos 2000, a implantação de políticas públicas e a reorientação dos serviços de saúde para o atendimento das pessoas acometidas pelo HIV/aids, além do acesso universal aos medicamentos antirretrovirais. Oliveira (2013) defende que esses fatores determinaram o aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV e gerou, no plano simbólico, a transformação das representações com o deslocamento do significado “aids/morte” para o sistema periférico.

A palavra *ruim*, que no quadro geral localiza-se no quadrante superior esquerdo, como um elemento central, desaparece do quadro de quatro casas estruturado a partir das evocações dos participantes do Catete. Evidencia-se que para esse subgrupo a cognição *ruim* não está presente em sua representação sobre aids de forma tão significativa. A evocação *vida-normal*, que no quadro de todos os participantes localiza-se nos elementos centrais, aparece no subgrupo do Catete no quadrante inferior direito reforçando os elementos periféricos.

As palavras *adoecimento* e *tratamento* migram da segunda periferia no quadro geral para o quadrante superior direito, na primeira periferia no Quadro 4. Temos aqui a positividade associada à negatividade. São termos que mesmo inicialmente opostos, associados a outros termos da 1<sup>o</sup> periferia, como *cuidados-saúde* e *prevenção*, apresentam-se como elementos de um movimento de enfrentamento da doença e identificação da necessidade de prevenção do contágio ou transmissão. Essas características são ainda reafirmadas por elementos da 2<sup>o</sup> periferia: *consciência*, *medicações*, *responsabilidade*, *saúde* e *vida-normal*. Tais construções simbólicas estavam presentes nas RS da aids da década de 90 e início dos anos 2000, como mostra Oliveira (2013).

Interessa ressaltar que as palavras *consciência* e *responsabilidade* são termos exclusivos desse subgrupo, pois não consta em qualquer outro quadro de quatro casas, do grupo geral aos outros subgrupos.

Quadro 4 – Estrutura da representação social da aids referente às evocações de pessoas que vivem com HIV atendidas em uma unidade de saúde do bairro Catete, ao termo indutor “aids”. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017

Rang <2,8				>=2,8		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
	Elementos Centrais			1ª periferia		
>=9	doença-normal	18	1,944	adoecimento	10	2,900
	medo	9	2,000	cuidados-saúde	9	2,889
				preconceito	18	3,000
				prevenção	9	3,000
				tratamento	12	3,083
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
	Elementos de contraste			2ª periferia		
<9	morte	7	1,571	consciência	8	2,875
				cura	8	3,375
				força-de-vontade	7	4,000
				medicações	8	4,375
				responsabilidade	6	3,000
				saúde	6	3,167
				vida-normal	6	2,833

Nota: n= 60 participantes, Fmín=6 ; Rang médio =2,8 ; Fméd =9

Fonte: a autora, 2019.

Comparando-se a estrutura do subgrupo de Copacabana (Quadro 5), com o quadro geral (Quadro 2), observa-se que o termo *preconceito* aparece para esse subgrupo como um elemento central, e é o termo que junto a *cuidados-saúde* tem a maior frequência de evocação (21) e um OME limítrofe (2,8). As palavras *medo*, *morte*, *ruim* e *vida-normal*, que no quadro do grupo geral aparecem como elementos centrais (Quadro 2), mudam de localização, mas se mantêm presentes integrando os elementos periféricos. A evocação *morte* está na primeira periferia, com frequência 12 e OME 3,0, e os termos *medo*, *ruim* e *vida-normal* na zona de contraste apresentando consecutivamente frequência de 11, 10 e 8, e OME 2,3, 1,7 e 2,5 respectivamente.

Próximo ao núcleo central, protegendo-o, a primeira e segunda periferias são constituídas de elementos com significados positivos, com exceção do termo *morte*. *Cuidados-saúde*, *força-de-vontade*, *medicações*, *prevenção* e *sobrevivência* são evocações de elementos positivos que evidenciam a possibilidade de viver, apesar

da proximidade com a *morte*. Demonstram atitudes, comportamentos e conhecimento diante do HIV/aids.

Quadro 5 – Estrutura da representação social da aids referente às evocações de pessoas que vivem com HIV atendidas em uma unidade de saúde do bairro Copacabana, ao termo indutor “aids”. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017

Rang <2,9				>=2,9		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
	Elementos Centrais			1ª periferia		
>=12	doença-normal	17	1,824	cuidados-saúde	21	3,238
	preconceito	21	2,857	morte	12	3,000
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
	Elementos de contraste			2ª periferia		
<12	cura	9	2,444	força-de-vontade	9	3,444
	difícil	8	2,875	medicações	6	3,833
	medo	11	2,364	prevenção	7	3,286
	ruim	10	1,700	sobrevivência	8	4,250
	tristeza	6	2,167			
	vida-normal	8	2,500			

Nota: n= 60 participantes, Fmín=6 ; Rang médio =2,9 ; Fméd =12

Fonte: a autora, 2019.

Ainda no subgrupo de Copacabana, o termo *sobrevivência*, elemento da segunda periferia, somente surge como evocação para esse subgrupo, não aparecendo nos quadros do grupo geral ou dos outros subgrupos que são apresentados neste capítulo. O termo *preconceito* somente aparece como elemento central neste subgrupo. É possível inferir dois olhares para esses achados: uma forma de enfrentamento da doença, como descrito acima, e/ou sensação por consequência do *preconceito*, como meio de sobrevivência social, de forma a seguirem uma *vida-normal*.

Na zona de contraste deste subgrupo emergem em sua maioria elementos negativos como *difícil*, *medo*, *ruim* e *tristeza*, semelhante aos elementos presentes na zona de contraste do grupo geral, em que temos a presença de *difícil* e *tristeza* como os dois únicos termos de contraste. Observa-se a constituição de elementos que denotam sentimentos ou atitudes de sofrimento, e dois elementos que contrapõem esse aspecto negativo: *cura* e *vida-normal*. Um elemento que pode

estar manifestando atenção para uma imagem de desejo, a *cura*. Assim, aguardada pelo conhecimento de que há uma *vida-normal* possibilitada pela cronicidade da doença.

Ao verificar a estrutura e a organização da representação sobre aids no subgrupo da Tijuca, evidenciadas no Quadro 6, observa-se semelhanças com a estrutura e a organização da representação de todos os participantes do estudo (Quadro 2). Nota-se que todos os termos localizados nos quadrantes superiores (elementos centrais e primeira periferia) do quadro deste subgrupo são elementos também presentes nesse mesmo quadrante no quadro do grupo geral. No quadrante superior esquerdo temos como elementos centrais as evocações *doença-normal*, *ruim* e *vida-normal*, com frequências de 14, 13 e 13, e OME de 2,4, 1,4 e 2,5 respectivamente. Da mesma maneira, as cognições *cuidado-saúde*, *preconceito* e *prevenção* estão presentes na primeira periferia do subgrupo e grupo geral. A evocação *ruim* é o único elemento de aspecto negativo presente nos quadrantes superiores deste subgrupo.

Quadro 6 – Estrutura da representação social da aids referente às evocações de pessoas que vivem com HIV atendidas em uma unidade de saúde do bairro Tijuca, ao termo indutor “aids”. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017

Rang <2,9				>=2,9		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
	Elementos Centrais			1ª periferia		
≥10	doença-normal	14	2,429	cuidados-saúde	17	3,176
	ruim	13	1,462	preconceito	15	3,067
	vida-normal	13	2,538	prevenção	12	3,167
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
	Elementos de contraste			2ª periferia		
<10	adaptação	9	2,889	aborrecimento	8	3,375
	força-de-vontade	8	2,750	aceitação	6	3,500
	medo	7	2,571	difícil	6	3,000
	morte	7	1,714	esperança	7	3,286
	preocupação	6	2,500			

Nota: n=60 participantes, Fmín=6; Rang médio = 2,9; Fméd =10

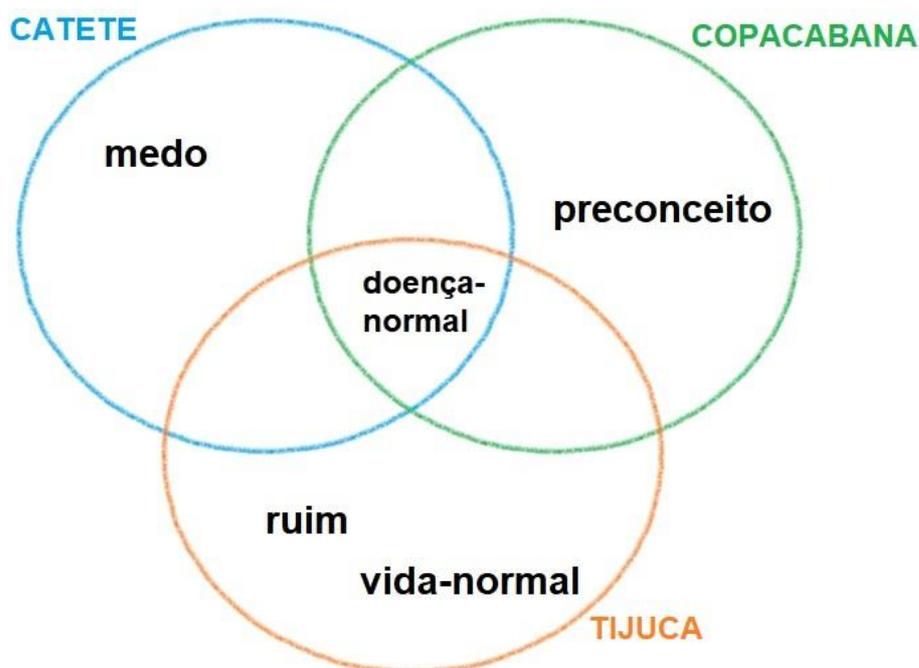
Fonte: a autora, 2019.

As cognições *medo* e *morte*, que no quadro de todos os participantes localiza-se no núcleo central, aparecem no subgrupo da Tijuca no quadrante inferior

esquerdo compondo os elementos de contraste. Nesse subgrupo, os elementos *ruim* e *morte* foram os mais prontamente evocados, com OME de 1,4 e 1,7 respectivamente, ligadas a aspectos negativos. O termo *ruim* traduz uma dimensão atitude-afetiva e *morte* uma dimensão imagética.

Os termos *preocupação* e *esperança* somente emergiram nas evocações deste subgrupo, e apresentam aspectos de oposição da dimensão atitudinal-afetiva. A figura 4 apresenta a comparação dos núcleos centrais da representação dos três subgrupos analisados, destacando os elementos comuns e específicos a cada uma delas.

Figura 4 - Comparação dos núcleos centrais das representações sociais das PVHIV acerca da aids nas unidades do Catete, Copacabana e Tijuca. Rio de Janeiro, RJ, 2019



Fonte: a autora, 2019

Destaca-se, na comparação dos três quadrantes centrais, a palavra *doença-normal* como um elemento comum aos núcleos centrais das três representações, portanto consensuais aos três subgrupos. Nota-se, nos quadros já apresentados, que a palavra *doença-normal* teve a maior frequência de evocações nos subgrupos do Catete (18) e Tijuca (14), e um equilíbrio com a palavra *preconceito* (21) em Copacabana (17). Esses dados apontam que a ideia de cronicidade da doença

apresenta-se como um significado relevante em todos os cenários de estudo, não variando em relação ao local de pesquisa.

Concebe-se que não é a doença que é normal, mas a vida das pessoas é que passa a ter uma sensação de normalidade com a cronicidade da doença, em comparação com outras situações patológicas de caráter crônico. Pode-se propor a hipótese de uma essa situação de transformação da representação. Para Abric (2000), este tipo de situação ocorre quando as práticas novas não são totalmente contraditórias ao núcleo central.

Observa-se que no núcleo central dos três subgrupos apresentam-se elementos de conotação negativa dentro da representação da aids, com *medo* no subgrupo do Catete, *preconceito* no subgrupo de Copacabana e *ruim* no subgrupo da Tijuca, e que são mais numerosos que *doença-normal*.

Segundo Abric (2003) pode-se classificar os elementos *medo*, *preconceito* e *ruim* como normativos, por serem diretamente originados do sistema de valores dos indivíduos, consistindo em uma dimensão fundamentalmente social no núcleo. *Doença-normal* e *vida normal* elementos positivos de dimensão funcional.

Ressalta-se que mesmo tendo elementos novos positivos e a manutenção dos léxicos relativos ao enfrentamento da doença, mantêm-se a presença de elementos com forte marca negativa.

O elemento *preconceito* apresenta-se como termo exclusivo ao núcleo central do subgrupo de Copacabana. Enquanto que no subgrupo do Catete e Tijuca o termo apresenta-se na primeira periferia como mostra os quadros 4 e 6. Esses dados apontam que o *preconceito* é um elemento que variavelmente transita entre o núcleo central e a primeira periferia desse grupo geral, evidenciando uma função dos elementos periféricos, a de defesa da representação. Segundo Flament (1994) o sistema de defesa constitui o para-choque da representação. “A transformação de uma representação se opera, na maior parte dos casos, através da transformação de seus elementos periféricos” (ABRIC, 2000).

O termo *preconceito*, que tem a maior frequência do total do grupo geral, revela um histórico de resultado de estudos anteriores (OLIVEIRA, 2013) em que se apresenta como um significado incorporado ao núcleo central desde os primórdios da constituição psicossocial da doença. Mostra-se como traço distintivo de uma das

permanências da representação original, sendo neste grupo geral, um termo possivelmente central.

*Morte* é um segundo elemento que apresenta variação nessa comparação. Somente apareceu no núcleo central do grupo geral, mas não se fez presente no núcleo central de nenhum dos subgrupos. No subgrupo da Tijuca e Catete apresenta-se como elemento de contraste e no subgrupo de Copacabana na primeira periferia, sendo um elemento que transita entre os quadrantes por causa da sua frequência e OME serem limítrofes.

No estudo de Oliveira (2013) já era possível observar essa característica no termo morte. A autora descreve que ao longo dos estudos, principalmente a partir dos anos 90 e início de 2000, uma mudança representacional foi percebida, “caracterizada pela transição de significados negativos para positivos associados à aids, com a introdução da possibilidade de convivência com a doença e de diminuição da importância da morte” (OLIVEIRA, 2013).

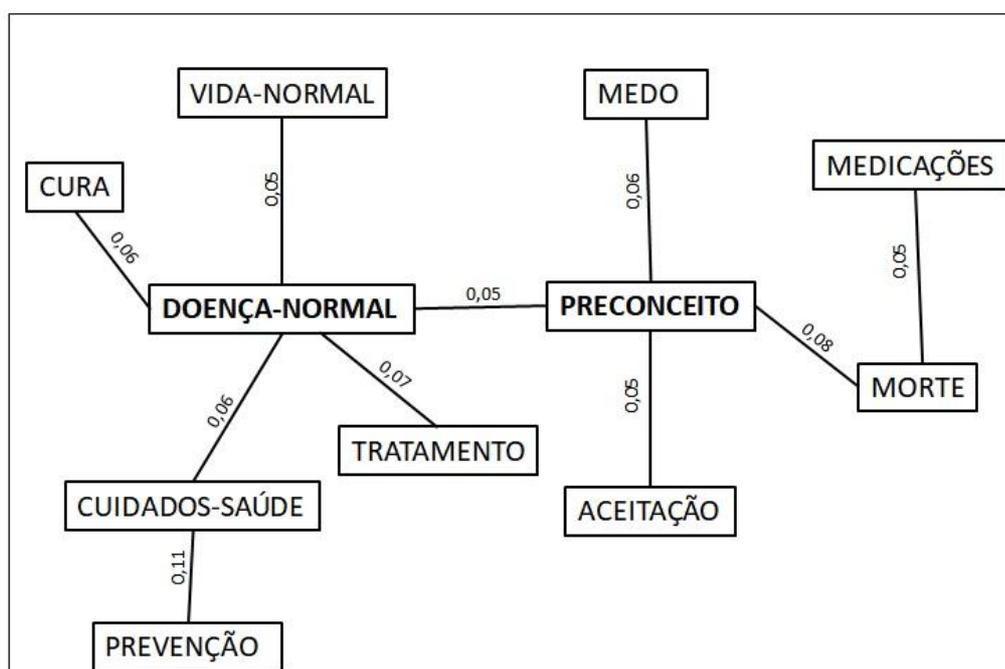
#### **4.3 Análise de Similitude: em busca de mais uma indicação de centralidade**

Sabe-se que a árvore de similitude não permite confirmar a centralidade, porém é considerada como um segundo indicador da provável participação do núcleo central (PECORA; SÁ, 2008). Essa técnica averigua a quantidade de conexões que um elemento mantém com os outros elementos evocados, através do cálculo dos índices de similitude entre os elementos mais frequentemente evocados resultando em uma árvore máxima, que sintetiza graficamente o conjunto das conexões existentes entre os elementos da representação social do grupo (PECORA; SÁ, 2008; PONTES; OLIVEIRA; GOMES, 2014).

Após a construção do quadro de quatro casas, calculou-se a coocorrência das palavras que compunham o quadro (Quadro 2), considerando apenas os sujeitos que evocaram, ao menos, duas palavras, visto que uma relação de conexão somente pode existir entre um e outro termo (PECORA, 2008). Assim, foram excluídos os sujeitos que não evocaram, pelo menos, duas palavras do quadro de quatro casas, permanecendo 137 participantes na análise de similitude geral.

A árvore máxima representada na figura 5 destaca os elementos *doença-normal*, *preconceito*, *morte*, *cura*, *vida-normal*, *medo*, *medicações*, *cuidados-saúde*, *tratamento*, *aceitação* e *prevenção*, a partir do índice de similitude 0,05. Na interpretação dessa árvore, considera-se a hierarquia dos valores das ligações entre os termos, sua relação de vizinhança e a conotação assumida por cada termo, em função dos outros que a ele se ligam (OLIVEIRA et al., 2005).

Figura 5 - Árvore de similitude da representação social da aids. Rio de Janeiro, RJ, 2019



Fonte: a autora, 2019

No resultado precedente, a cognição que mais estabeleceu conexões na árvore máxima foi *doença-normal*, já supostamente central no quadro de quatro casas, o que reforça a possibilidade da centralidade pela quantidade de conexões e fortes laços estabelecidos com outros elementos, cinco conexões ao todo.

Seguindo-se a ela, observa-se o termo *preconceito*, que, na análise estrutural, se encontra na primeira periferia. O termo preconceito tem a menor OME do quadrante que se localiza *bordeline*<sup>3</sup> à ordem média adotada para a construção do quadro e a maior frequência dentre todos os termos evocados. Em função da possibilidade de a conexidade ser considerada como um segundo critério de

<sup>3</sup> Análise da prof<sup>a</sup> Denize Cristina de Oliveira sobre o quadro de quatro casas na abordagem estrutural em reunião do grupo de pesquisa, Faculdade de Enfermagem, UERJ, em 04 jul. 2019

centralidade, esse léxico pode ser considerado, por hipótese, como pertencente ao núcleo central da representação da aids para pessoas vivendo com HIV.

Dentre os elementos que estão conectados com *preconceito*, destacam-se: *doença-normal*, *medo*, *morte* e *aceitação*. Observa-se uma atitude negativa relacionada a esse elemento nos termos *medo* e *morte*, associada a um contraponto de um desejo de *aceitação* diante de uma *doença-normal*.

Por outro lado, os termos *vida-normal* e *medo*, que são centrais no quadro de quatro casas, tem apenas uma ligação cada com baixo índice de similitude, afastando-os da hipótese de serem elementos centrais da representação. Destaca-se nesse sentido o termo *morte* que apresenta duas ligações, uma delas, com alto índice de similitude ao termo *preconceito*, demonstrando a força da conexão entre esses dois cognemas.

Merece destaque a conexão estabelecida entre dois termos presentes na primeira periferia do quadro de quatro casas: *cuidados-saúde* e *prevenção*. Uma vez que estabelecem a associação prática nas construções simbólicas das pessoas vivendo com HIV, sendo confirmada pela distribuição esquemática na árvore de similitude, associada ao alto índice de conexidade. Nota-se ainda que estão ligados a um dos termos principais da árvore, *doença-normal*.

O léxico *doença-normal* associado a *preconceito* possui o maior número de conexões entre os termos evocados. Nesse sentido, destacam-se a contradição da aids, que nessa estrutura, expressa um caminho do conhecimento e atitudes ligados a cronicidade da doença nos elementos como *cura*, *vida-normal*, *tratamento*, *cuidados-saúde* e *prevenção*. Essas conexões refletem que, apesar de existir um vasto conhecimento sobre as formas de tratamento e prevenção de transmissão, há ainda a sombra do *preconceito*, *medo* e *da morte*, associado ao desejo de *aceitação*.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação foi possível identificar diversos conteúdos e dimensões que compõem a representação social da aids para as pessoas vivendo com HIV/aids no município do Rio de Janeiro. Dentre esses conteúdos, destacam-se elementos afeitos à memória, atitudes, conhecimento, sentimento e imagens.

Foi utilizada a abordagem estrutural das representações sociais, que se mostrou pertinente para a apreensão da rede de significados estruturada, com base no objetivo de analisar a estrutura e os conteúdos representacionais, e ainda, permitiu comparações entre subgrupos distintos em função dos bairros que se localizavam os centros municipais de saúde dos participantes.

Referente aos dois primeiros objetivos do estudo, constatamos que a representação social da aids para pessoas vivendo com HIV/aids foi construída pelo grupo geral tendo como elementos centrais os sentidos de medo, ruim e morte diante da doença, evidenciando características da memória da epidemia presentes na representação social do grupo estudado. Em contrapartida, o possível núcleo central apresenta ainda uma dimensão pragmática, com concepções positivas acerca do enfrentamento da doença, caracterizada pelas palavras doença-normal e vida-normal.

Apesar da presença de elementos arcaicos das primeiras representações da aids, o estudo demonstra a existência de um processo de mudança sendo operado nas representações sociais da aids, com a consolidação da possibilidade de convivência com a doença, através de elementos que caracterizam a adaptação da representação às evoluções de novo contexto da síndrome, conjuntamente a manutenção de elementos arcaicos incorporados às primeiras representações da aids.

Pode-se observar de maneira geral uma organização estrutural que aponta para esse processo: a inclusão dos termos doença-normal e vida-normal no núcleo central, e o deslocamento do termo preconceito para a centralidade, mas ainda como elemento flutuante entre o núcleo central e primeira periferia.

A estrutura e a organização da representação no grupo geral mostram a incorporação do conhecimento no núcleo central e também no sistema periférico.

Mostra ainda, as atitudes com forte tendência a se concentrar no sistema periférico. Essa organização é mais um elemento de permite inferir que a representação desde grupo está numa fase de transição tendendo para a mudança da sua representação em relação à aids.

Constatou-se na árvore máxima que as conexões ligadas ao léxico *doença-normal* e *preconceito* refletem que, apesar de existir um vasto conhecimento sobre as formas de tratamento e prevenção de transmissão, há ainda a sombra do *preconceito, medo e da morte*, associado ao desejo de *aceitação*.

Considera-se como uma limitação do estudo a inclusão de pessoas de apenas duas regiões geográficas do município (zona norte e sul) não permitindo dar uma visão mais abrangente das representações de pessoas de outras áreas, com condições sociais e culturais diversas dos grupos estudados.

No entanto, essa lacuna pode servir de motivação para a realização de estudos da mesma natureza que contemplem as outras áreas, permitindo verificar semelhanças ou diferenças nas representações das pessoas que vivem com HIV no âmbito do município, sem, entretanto, querer considerar os resultados como representativo do município ou mesmo do estado do Rio de Janeiro.

Propõe-se como uma ação pertinente a devolução dos resultados do estudo para os locais que foram cenários da pesquisa, para que os profissionais que neles atuam possam compreender como seus clientes concebem a aids e como isto pode contribuir para a avaliação ou adoção de novas medidas de cuidado a este grupo social.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J-C. **Jeux, conflicts et représentations sociales**. 1976. 325f. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Estado, Université de Provence, Aix-Marseille, FR, 1976.

\_\_\_\_\_, J-C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994a.

\_\_\_\_\_, J-C. A abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P.H.F.; LOUREIRO, M.C.S. **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia (GO): Ed. UCG, 2003a. p. 37-57.

\_\_\_\_\_, J-C. La recherche du noyau central et la zone muette des représentations sociales. In: \_\_\_\_\_. **Méthodes d'études des représentations sociales**. Ramonville Saint-Agne : Ed Erès, 2003b. p. 60-80.

\_\_\_\_\_, J-C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.), **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

\_\_\_\_\_, J-C. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

\_\_\_\_\_, J-C. Les représentations sociales: aspects théoriques. In: ABRIC, J-C. (dir.). **Pratiques sociales e représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994b.

ABRIC, J-C.; TAFANI, E. Nature et fonctionnement du noyau central d'une représentation sociale: la représentation de l'entreprise. **Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale**, Marseille, v.28, p. 22-31, 1995.

AGUILAR, I.; GIL, M.; GIL, A. Vulnerable population and health status in a neighbourhood in Zaragoza. **Health Soc Care Commun**. Zaragoza, v.20, n.6, p. 625-34, 2012.

ALVES, H.P.F. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana: uma análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v.23, n. 1, p. 43-59, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982006000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100004)>. Acesso em 16 dez. 2019.

ALVES-MAZZOTTI, A.J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Rev. Múltiplas Leituras**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 18-43, jan./jun. 2008.

ALBUQUERQUE, G.A. et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 98, p. 516-524, set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000300015&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300015&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 1 ago. 2019.

ANGELIM, R.C.M. et al. Representações sociais e hiv/aids: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, out./dez., 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750948037>>. Acesso em: 9 set. 2018.

AOKI, F.H. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: epidemia e evolução do tratamento. IN: COLOMBRINI, M.R.C. **Leito-Dia em aids**: uma experiência multiprofissional. São Paulo: Atheneu, 2001. p.1-13.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e ciências sociais: trânsito e atravessamentos. **Soc. estado.**, Brasília , v. 24, n. 3, p. 739-766, dez. 2009.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cad. Pesqui.**, São Paulo , n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

AYRES, J.R.C.M. et al. Risco e vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 375-417.

BANCHS, M.A. Aproximaciones procesales y estructurales al estudios de las representaciones sociales. **Papers on social representations: textes sur les représentations sociales**, v. 9, p. 3-10, 2000. Disponível em: <[http://www.psr.jku.at/PSR2000/9\\_3Banch.pdf](http://www.psr.jku.at/PSR2000/9_3Banch.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2018.

BARBARÁ, A.; SACHETTI, V.A.R.; CREPALDI, M.A. Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. **Interação Psicol.**, v.9, n.2, p.331-9, 2005. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/4783>>. Acesso em: 9 set. 2018.

BATTISTI, I.D.E.; BATTISTI, G. **Métodos Estatísticos**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2008.

BENDO, C.B. et al. Social vulnerability and traumatic dental injury among Brazilian schoolchildren: a population-based study. **Int J Environ Res Public Health**, v.9, n.12, p.4278-91, 2012.

BESSA, M.S. **Os perigosos**: autobiografias e Aids. Rio de Janeiro: Ed. Aeroplano, 2002.

BISCOTTO, C.R. et al. Interiorização da epidemia HIV/Aids. **RBM**, São Paulo, v. 70, n.8/9, p. 319-321, ago./set. 2013.

BOLETIM MERCOSUL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_epidemiologico\\_mercosul\\_2012.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_mercosul_2012.pdf)> Acesso em: 01 set 2018.

BOLETIM MERCOSUL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/aidshiv-no-mercosul>> Acesso em: 01 set 2018.

BEZERRA, E.O. et al. Análise estrutural das representações sociais sobre a aids entre pessoas que vivem com vírus da imunodeficiência humana. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e6200015, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000200321&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200321&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 jan. 2020.

BOURICHE, B.L. L'analyse de similitude. In: ABRIC, J-C. (org). **Méthodes d'études des représentations sociales**. Ramonville Saint-Agne: Ed Erès, 2003. p.221-252.

BOWLING, A. (Org). **Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales**. 2ª ed. Buckingham (GBR): Open University Press, 2001.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, DF, 14 nov. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9313.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm)>. Acesso em 09 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **AIDS: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento**. Brasília: 2002, Unidade de assistência. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids\\_etiologia\\_clinica\\_diagnostico\\_tratamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf)>. Data do acesso: 18 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção, e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Serviços de Saúde**. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso\\_a\\_informacao/servicos-de-saude](http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso_a_informacao/servicos-de-saude)>. Acesso em 15 ago. 2018a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Garantia de tratamento para todos reduz 16% casos e óbitos de AIDS no país**. Portal MS. Brasília, 27 de nov. de 2018e. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44782-garantia-de-tratamento-para-todos-reduz-16-casos-e-obitos-de-aids-no-pais>>. Acesso em: 31 de mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays HSH e Travestis**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)>. Acesso em: 01 de ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política Nacional de DST/AIDS: princípios, diretrizes e estratégias**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico Especial. **Boletim Epidemiológico HIV e Aids. Número Especial, Dez. 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST: Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2016, Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>>. Acesso em: 07 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo das Infecção pelo HIV em Adultos**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das de Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Brasília – DF, 3ª edição, 2018f. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2018>>. Acesso em: 31 de mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 dez. 2013a. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-n-29-de-17-de-dezembro-de-2013>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRENNAN, R.O.; DURACK, D.T. Gay compromise syndrome. **Lancet**, v.2, n.8259, p.1338-1339, dez. 1981. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6118727>>. Acesso em 8 set. 2018.

BUSCAIL, C.; UPEGUI, E.; VIEL, J.F. Mapping heatwave risk at the community level for public health action. **Int J Health Geogr.**, v.11, n.38, p.1-9, 2012. Disponível em: <<https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-072X-11-38>>. Acesso em 16 dez. 2019.

BUSS. P.M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CAMARGO, B.V. A televisão como vetor de difusão de informações sobre a aids. In: COUTINHO, M.P.L. et al. **Representações sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Universitária, 2003. p.130-153.

CAMARGO, B.V. Sexualidade e Representações Sociais da AIDS. **Rev. ciênc. humanas**. Florianópolis, edição especial temática, p.97-110, 2000.

CAMPOS, J.F.; DAVID, H.M.S.L. Abordagens e mensuração da qualidade de vida no trabalho de enfermagem: produção científica. **Rev. Enferm. UERJ**, v.15, n.4, p.584-9, out./dez. 2007.

CÂNDIDO, R.; RAMOS, C. **AIDS** – Aspectos Sócio-Político: Convite para o pensar. Disponível em: <<http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/60/6089bcda-27b4-4290-87ff-170fbaaf7f3d.pdf>>. Acessado em 8 set. 2018.

CARDOSO, G. P.; ARRUDA, A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 151-162, 2004.

CASE, K. Nomenclature: Human Immunodeficiency Virus. **Annals of Internal Medicine**, v.105, n.1, p.133, 1 jul. 1986. Disponível em: <<http://annals.org/aim/article-abstract/700592/nomenclature-human-immunodeficiency-virus>>. Acesso em 8 set. 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Epidemiologic Notes and Reports Pneumocystis carinni Pneumonia among Persons with Hemophilia A. **MMWR Semanal**, v.31, n.27, p.365-367, 16 jul. 1982b. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001126.htm>>. Acesso em 8 set. 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men- New York City and California. **MMWR Semanal**, v.30, n.4, p.305-308, 3 jul. 1981. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6789108>>. Acesso em 8 set. 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Opportunistic Infections and Kaposi's Sarcoma among Haitians in the United States. **MMWR Semanal**, v.31, n.26, p.3534, 360-1, 9 jul. 1982a. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001123.htm>>. Acesso em 8 set. 2018.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COHEN, M.S. et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. **The New England Journal of Medicine**, v.365, n.5, p. 493-505, 11 ago. 2011. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1105243>>. Acesso em 8 set. 2018.

COSTA, T.L. **Representações Sociais do HIV/AIDS e da qualidade de vida: um estudo entre pessoas que vivem com o agravo em contexto de interiorização**. 2012. 398 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

COSTA, T.L.; OLIVEIRA, D.C.; FORMOZO, G. A. Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.365-376, fev. 2015.

DANY, L; ABRIC, J-C. Distance à l'objet et représentations du cannabis. **Internacional Review of Social Psychology**, v.20, p.77-104, 2007.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (ed.) **The handbook of qualitative research**. 2. ed. London: Sage Publications, 2000.

DOISE, W. Les representations sociales: definition d'un concept. In: DOISE, W.; PALMONARY, A. **Textes de base psychologie: l'étude des représentations sociales**. Paris, Delachaux & Niestlé, 1986, p.81.

\_\_\_\_\_, W. Da psicologia social à psicologia societal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v.18, n.1, p.27-35, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n1/a04v18n1.pdf>>. Acesso em 24 jun. 2018.

\_\_\_\_\_, W. L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. **Bulletin de psychologie**, v.45, n. 405, p. 189-195, 1992.

FARIA, N.R. et al. The early spread and epidemic ignition of HIV-1 i human populations. **Science**, v.346, n.6205, p.56-61, out. 2014. Disponível em: <<http://science.sciencemag.org/content/346/6205/56>>. Acesso em 8 set. 2018.

FARMER, P. **AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame**. University of California Press, 1992. Disponível em: <[https://books.google.co.uk/books?id=9TctWjHHOeEC&printsec=frontcover&dq=AIDS+and+Accusation:+Haiti+and+the+Geography+of+Blame&source=bl&ots=IYCWRozlXu&sig=HSKBZaKnbdwX18gFu0S4BaNWIFw&hl=en&ei=rLSpTOevDsK5jAfU37i\\_DA&sa=X&oi=book\\_result&ct=result#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.uk/books?id=9TctWjHHOeEC&printsec=frontcover&dq=AIDS+and+Accusation:+Haiti+and+the+Geography+of+Blame&source=bl&ots=IYCWRozlXu&sig=HSKBZaKnbdwX18gFu0S4BaNWIFw&hl=en&ei=rLSpTOevDsK5jAfU37i_DA&sa=X&oi=book_result&ct=result#v=onepage&q&f=false)>. Acesso em 8 set. 2018.

FAUCI, A.S.; LANE, H.C. Doenças causadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana: AIDS e distúrbios relacionados. In: KASPER, D.L. et al. (Org.) **Harrison Medicina Interna**. 16. Ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006. p.1130-96.

FERREIRA, S.E.S.; BRUM, J.L.R. As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n. esp., p.5-14, 2000.

FLAMENT, C. L'analyse de similitude. **Cahiers du centre de recherche opérationnelle**, v.4, p.63-97, 1962.

\_\_\_\_\_, C. L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. **Cahiers de Psychologie Cognitive**, v.1, p.375- 395, 1981.

\_\_\_\_\_, C. Représentations sociales, consensus et corrélations. **Papers on Social Representations**, v.3, n.2, p.184-193, 1994.

FLORES-PALACIOS, F.; LEYVA-FLORES, R. Representación Social del SIDA em estudiantes de la Ciudad de México. **Salud publica Mex.**, México, v.45, n.5, p.624-31, 2003.

GALLAGHER, J. **AIDS**: Origin of pandemic 'was 1920s Kinshasa'. BBC News website, 7 out. 2014. Disponível em: <<https://www.bbc.co.uk/news/health-29442642>>. Acesso em 8 set. 2018.

GALVÃO, J. **1980-2001**: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GIACOMOZZI, A.I.; CAMARGO, B.V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre a prevenção da aids. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v.6, n.1, p.31-44, 2006.

GOMES, A.M.T.; SILVA, E.M.P.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev Latino-Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.19, n.3, maio/ jun. 2011.

GOMES, A.M.T et al. As facetas do convívio com HIV: Formas de Relações sociais e Representações Sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.111-120, jan./mar., 2012.

GRANT, R.M. et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. **The New England Journal of Medicine**, v.363, p.2587-2599, dez. 2010. Disponível em: <[https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011205#article\\_citing\\_articles](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011205#article_citing_articles)>. Acesso em 8 set. 2018.

GUARESCHI, P. A. "Sem dinheiro não há salvação" ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petropólis: Vozes, 1994. p. 191-225.

GUIMELLI, C. Differentiation between the central core elements of social representation: normative vs. Functional elements. **Swiss Journal of Psychology**, v.57, n.4, p.209-224, 1998.

HALLAL, R. et al. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**, Brasília, v.4, n. 2, 2010.

HIPÓLITO, R.L. **Qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/AIDS no município de Rio das Ostras**. 2015. 283 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

HIPÓLITO, R.L. et al. A teoria das representações sociais e a qualidade de vida/hiv/aids: revisão integrativa de literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v.8, n.1, jan./mar. 2016.

HUANG, G.; LONDON, J.K. Cumulative environmental vulnerability and environmental justice in California's San Joaquin Valley. **Int J Environ Res Public Health**, v.9, n.5, p.1593-608, 2012.

HYMES, K.B et al. Kaposi's sarcoma in homosexual men-a report of eight cases. **Lancet**, v.2, n.8247, p.598-600. 19 set. 1981. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6116083>>. Acesso em 8 set. 2018.

IBGE. Censo Demográfico 2010. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=249230>> . Acesso em: 18 dez. 2019.

IMBIRIBA, E.N.B. et al. Desigualdade social, crescimento urbano e hanseníase em Manaus: abordagem espacial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 656-665, ago. 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 Dez. 2019.

JODELET, D. **Folie et représentations sociales**. Paris: PUF, 1989.

\_\_\_\_\_, D. L'idéologie dans l'étude des représentations sociales. In: **Colloque International Idéologies et Représentations Sociales**, Nanterre, Université de Paris X, 1987.

\_\_\_\_\_, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p.17-44. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/324979211/download>>. Acesso em: 8 set. 2018.

\_\_\_\_\_, D. Représentations Sociales: phénomènes, concept et théorio. In: MOSCOVICI, S. (ed.). **Psychologie sociale**. Paris, Presses Universitaires de France, 1984.

JODELET, D; MADEIRA, M. **AIDS e representações sociais**: à busca de sentidos. Natal: EdUFRN; 1998. p.121-54.

JOHNSON, D. Ryan White Dies of AIDS at 18; His Struggle Helped Pierce Myths. **The New York Times website**, 9 abr. 1990. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/1990/04/09/obituaries/ryan-white-dies-of-aids-at-18-his-struggle-helped-pierce-myths.html>>. Acesso em: 8 set. 2018.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Ending AIDS Progress towards the 90–90–90 targets**. 2017. Disponível em: <[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf)>. Acesso em 24 jun. 2018.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Estatísticas**. Disponível em < <https://unaids.org.br/estatisticas/>>. Acesso em 02 jan. 2020.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013**. 2013. Disponível em: <[http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_en.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf)>. Acesso em 8 set. 2018.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Relatório de lacunas de prevenção**. 2016. Disponível em: < [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-prevention-gap-report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf)>. Acesso em 24 jun. 2018.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P A; JOVCHELOVITCH, S. (Org.) **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes. 1994. p. 63-111.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P A; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003.

KARIM, Q.A. et al. Effectiveness and Safety of Tenofovir Gel, an antiretroviral Microbicide, for thr Prevention of HIV Infection in Women. **Science**, v.329, n.5996, p.1168-1174., 3 set. 2010. Disponível em: <<http://science.sciencemag.org/content/329/5996/1168>>. Acesso em 8 set. 2018.

KAUARK, F.; MANHÃES, F.C.; MEDEIROS, C.H. **Metodologia da pesquisa**: guia prático. Itabuna: Via Litterarum, 2010.

KOLLER, S.H.; COUTO, M.C.P.P.; HOHENDORFF, J.V. **Manual de produção científica**. Porto Alegre: Penso, 2014.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia científica**. 7.ed. 3. reimp. São Paulo: Atlas, 2016.

LAVOR, A.; DOMINGUEZ, B.; MACHADO, K. O SUS que não se vê. **Revista RADIS – Comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 104, p. 10-18, abr. 2011.

LIFSON, A.; GRUND, B. **Increased Quality of Life With Immediate ART Initiation: Results From the START Trial.** CROI Conference, 2016. Disponível em: <<http://www.croiconference.org/sessions/increased-quality-life-immediate-art-initiation-results-start-trial>>. Acesso em 24 jun. 2018.

MACHADO, L. B.; ANICETO, R. A. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 67, p. 345- 364, abr./jun. 2010.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: \_\_\_\_\_ **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993, p.275-300.

MARQUES, S.C.; FRANCISCO, M.T.R.; CLOS, A.C. A identificação da representação social da AIDS a partir da Técnica de Correspondências Múltiplas. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 11, p. 328-36, 2003.

MARQUES, S.C.; OLIVEIRA, D.C.; FRANCISCO, M.T.R. Abordagem estrutural das representações sociais sobre a AIDS entre os servidores de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**. Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.186-195, 2003.

MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Aids e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, ed. espec., p. 91-104, 2004.

MELLO, L. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sex Salud Soc.**, Rio de Janeiro, v.9, p.7-28, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-64872011000400002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872011000400002&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 01 ago. 2019.

MERCK, S; DOHME, C. **Ciclo de vida simplificado do HIV**. Disponível em: <[https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/multimedia/figure/inf\\_hiv\\_life\\_cycle\\_pe\\_pt](https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/multimedia/figure/inf_hiv_life_cycle_pe_pt)>. Acesso em: 13 ago. 2019.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.7-18, jan./mar. 2000.

MOLINER, P. Les Méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In: GUIMELLI, C. (Org). Structures et transformations des représentations sociales. **Lousanne: Delachaux et Niestlé**, 1994. p.199-232.

MOLINER, P. La structure des représentations sociales. In: \_\_\_\_\_. **Images et représentations sociales**. Grenoble: PUG, 1996, p. 51-78.

MOLINER, P; GUIMELLI, C. **Les représentations sociales**: fondements théoriques et développements récents. Grenoble: Presses universitaires, 2015.

MOSCOVICI, S. On social representation. In: FORGAS, J.P. (Orgs). **Social cognition**. London: Academic Press, 1981.

\_\_\_\_\_, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_, S. Das Representações Coletivas às Representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ. 2001. p.45-90.

\_\_\_\_\_, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 7. ed, Petrópolis: Vozes, 2010.

\_\_\_\_\_, S. The phenomenon of Social Representations. In: FAAR, R. M. e MOSCOVICI, S. (eds.). **Social Representations**. Cambridge, Cambridge University Press, 1984.

\_\_\_\_\_, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Tradução de Sonia Fuhrmann. Petrópolis: Vozes, 2012.

NAÇÕES UNIDAS. Arquivo da tag: **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Nações Unidas, 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/tema/odm/>>. Acesso em: 20 de jan. de 2019.

NAÇÕES UNIDAS. **ONU firma parceria para ampliar oferta de tratamento do HIV em mais de 90 países**. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-firma-parceria-para-ampliar-oferta-de-tratamento-do-hiv-em-mais-de-90-paises/>. Acesso em 25 de nov. de 2019.

NASCIMENTO, D.R. **As pestes do século XX: tuberculose e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NÓBREGA, S. M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A.S. P.; JESUÍNO, J. C. **Representações Sociais: teoria e prática**. 2. ed. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. p. 51-80.

NÓBREGA, S.M. Sobre a teoria das representações sociais. **Representações sociais: teoria e prática**, p. 55-87, 2001.

OLIVEIRA, D. C. **A Enfermagem e as Necessidades Humanas Básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais**. 225 f. Tese (Professor Titular) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_, D.C. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n. spec., jan-fev. 2013.

OLIVEIRA, D.C. A Teoria das Representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. (Org.) **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Technopolitik, 2011.

OLIVEIRA, D.C.; COSTA, T.L. A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/Aids: elementos normativos e contranormativos do pensamento social. **Psicol. teor. prá.**, São Paulo, v.9, n.2, 2007, p.73-91.

OLIVEIRA, D.C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. et al. editores. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005. p. 573-603.

OLIVEIRA et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. et al. **Perspectiva teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005. p. 573-603.

OLIVEIRA, D. C. et al. A produção de conhecimento sobre HIV/Aids no campo da Teoria de Representações Sociais em 25 anos de epidemia. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 821-834, dez. 2007.

OLIVEIRA, F.O.; WERBA, G.C. Representações sociais. In: STREY, M.N e cols. **Psicologia social contemporânea: livro – texto**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p.104-117.

OLTRAMARI, L. Um esboço sobre as representações sociais da AIDS nos estudos produzidos no Brasil. **Cad. pesq. interdiscip. ciênc. hum.**, Florianópolis, v. 4, n. 45, p. 2-17, jun. 2003. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1948/4428>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

ORIGIN of HIV & AIDS. **Avert**, 2018. Disponível em <<https://www.avert.org/professionals/history-hiv-aids/origin>>. Acesso em 08 set. 2018.

OVIEDO, R.A.M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v.19, n.53, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>>. Acesso em 16 dez 2019, pp. 237-250.

PARKER, R.G. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo, Ed. 34, 2000.

PECORA, A.R.P. **Memórias e representações sociais de Cuiabá e da sua juventude, por três gerações, na segunda metade do século XX**. 2007. 218 p. Tese (doutorado em Psicologia). Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

PECORA, A.R.P.; SÁ, C.P. Memórias e representações sociais da cidade de Cuiabá ao longo de três gerações. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.21, n.2, p.319-325, 2008.

PINHEIRO, J.I.D. et al. **Probabilidade e Estatística**: quantificando a incerteza. Editora Campus, 2012.

PONTES, A.P.M.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T. Os princípios do Sistema Único de Saúde estudados a partir da análise de similitude. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n.1, p.59-67, 2014.

PRESTON, J. Obama Lifts a Ban on Entry Into U.S. by HIV-Positive People. **The New York Times website**, 30 out. 2009. Disponível em: <[https://www.nytimes.com/2009/10/31/us/politics/31travel.html?\\_r=0](https://www.nytimes.com/2009/10/31/us/politics/31travel.html?_r=0)>. Acesso em 8 set. 2018.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. – 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RATEAU, P. Le noyau central des représentations sociales come système hiérarchisé. Une étude sur la représentation des groupes. **Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale**, v.26, p. 29-52, 1995.

REIS, R.K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/aids. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 565-75, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/19.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2019.

RIBEIRO, C.G.; COUTINHO, M.P.L.; SALDANHA, A.A. 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. 14-18, 2004.

RIO DE JANEIRO (RJ). Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. **Descrição e mapas da área de planejamento**. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4290214/4105682/06.AnexoVIDescricaoeMapadaAreadePlanejamento5.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Infecção pelo HIV e AIDS**: prevenção, diagnóstico e tratamento da atenção primária – v.1.2. ed. Rio de Janeiro: SMS,2016. Disponível em: <[http://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/GUIAS\\_REFERENCIA/guia\\_de\\_referencia\\_rapida\\_hiv\\_2018.pdf](http://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/GUIAS_REFERENCIA/guia_de_referencia_rapida_hiv_2018.pdf)>. Acesso em 18 mar. 2019.

SÁ, C.P. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, C.P. Estudo 9: Representações sociais: o fenômeno, o conceito e a teoria geral. In: \_\_\_\_\_. **Estudos de Psicologia Social**: história, comportamento, representações e memória. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015. p. 183-208.

\_\_\_\_\_, C.P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink, M.J. (Org). **O conhecimento do cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

\_\_\_\_\_, C.P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_, C.P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.D.P.B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SERWADDA, D. et al. Slim disease: a new disease in Uganda and its association with HTLV-III infection. **Lancet**, v.2, n.8460, p.849-852. 19 out. 1985. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2864575>>. Acesso em 8 set. 2018. set. 2018.

SILVA, G.A.; TAKAHASHI, R.F. A busca pela assistência à saúde: reduzindo a vulnerabilidade ao adoecimento entre os portadores do HIV. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 11, n.1, p.29-41, 2008.

SILVA, V.X.P. **Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids**: estudo de representações sociais. 2018. 202 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

SOÁREZ, P.C.; et al. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.25, n.1, 2009, p.69–76.

SONTAG, S. **Aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras; 1989. TEODORESCU, L. L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da aids no Brasil**: as respostas governamentais à epidemia de aids. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde / Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, v. 1, 2015a. 464 p.

TEODORESCU, L. L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da aids no Brasil**, v. 2: a sociedade civil se organiza pela luta contra a aids. Brasília : Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015b. 360 p.

TORRES, T. L.; CAMARGO, B. V. Representações sociais da aids e da terapia anti-retroviral para pessoas vivendo com HIV. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.10, n.1, p.64-78, 2008.

TURA, L.F.R. Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. (Org.). **Aids e Representações Sociais: à busca de sentidos**. Natal: EdUFRN, 1998. p. 121-54.

VALOIS, B.R.G. **Representações sociais da AIDS por enfermeiras das redes básica e hospitalar**. 2012. 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

VARELA, L. et al. Perfil de algunas condiciones psicosociales de um grupo de adultos mayores. **Rev fac nac salud pública.**, v.24, n.2, p.37-50, 2006.

VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations (EVOC 2005)**: manuel version 6/2006. Aix-en-Provence: LAMES, 2006.

VERGÈS, P.; BOURICHE, B. L'analyse des données par les graphes de similitude. **Sciences Humaines**, 2001. Disponível em <<http://www.scienceshumaines.com/textesInedits/Bouriche.pdf>>. Acesso em 25 fev. 2019.

VILAR, R.L.A. de. et al. (Org.). **O contexto da Política para as DST, AIDS e Hepatites Virais**. Natal: EDUFRN, 2011.

XAVIER, R.B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, abr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000400029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400029&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 Dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Male circumcision for HIV prevention**. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/>>. Acesso em 8 set. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 1999: Making a difference**. Geneva, 1999. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 8 set. 2018.

## APÊNDICE A – Relatório EVOC Corpus Geral

Nombre total de mots differents : 95  
 Nombre total de mots cites : 831

moyenne generale des rangs : 2.87

### DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul evocations et	cumul inverse
1 *	17	17	2.0 % 831 100.0 %
2 *	10	37	4.5 % 814 98.0 %
3 *	11	70	8.4 % 794 95.5 %
4 *	7	98	11.8 % 761 91.6 %
5 *	4	118	14.2 % 733 88.2 %
6 *	5	148	17.8 % 713 85.8 %
7 *	5	183	22.0 % 683 82.2 %
8 *	3	207	24.9 % 648 78.0 %
9 *	3	234	28.2 % 624 75.1 %
10 *	4	274	33.0 % 597 71.8 %
11 *	5	329	39.6 % 557 67.0 %
12 *	1	341	41.0 % 502 60.4 %
13 *	2	367	44.2 % 490 59.0 %
14 *	3	409	49.2 % 464 55.8 %
15 *	1	424	51.0 % 422 50.8 %
18 *	2	460	55.4 % 407 49.0 %
19 *	1	479	57.6 % 371 44.6 %
21 *	1	500	60.2 % 352 42.4 %
22 *	1	522	62.8 % 331 39.8 %
24 *	1	546	65.7 % 309 37.2 %
26 *	1	572	68.8 % 285 34.3 %
27 *	3	653	78.6 % 259 31.2 %
28 *	1	681	81.9 % 178 21.4 %
47 *	1	728	87.6 % 150 18.1 %
49 *	1	777	93.5 % 103 12.4 %
54 *	1	831	100.0 % 54 6.5 %

(Soma = 21)

**Freq Média 502/21 = 23,9 = 24**

## APÊNDICE B – Relatório EVOC Corpus unidade de saúde do Catete

Nombre total de mots differents : 81  
 Nombre total de mots cites : 274

moyenne generale des rangs : 2.86

### DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul evocations	et cumul inverse		
1 *	33	33	12.0 %	274	100.0 %
2 *	14	61	22.3 %	241	88.0 %
3 *	9	88	32.1 %	213	77.7 %
4 *	5	108	39.4 %	186	67.9 %
5 *	5	133	48.5 %	166	60.6 %
6 *	3	151	55.1 %	141	51.5 %
7 *	2	165	60.2 %	123	44.9 %
8 *	3	189	69.0 %	109	39.8 %
9 *	3	216	78.8 %	85	31.0 %
10 *	1	226	82.5 %	58	21.2 %
12 *	1	238	86.9 %	48	17.5 %
18 *	2	274	100.0 %	36	13.1 %

Total de palavras = 15

Frequencia média  $141 / 15 = 9,4$

## APÊNDICE C – Relatório EVOC Corpus unidade de saúde de Copacabana

Nombre total de mots differents : 68  
 Nombre total de mots cites : 277

moyenne generale des rangs : 2.87

### DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul evocations	et cumul inverse		
1 *	25	25	9.0 %	277	100.0 %
2 *	9	43	15.5 %	252	91.0 %
3 *	6	61	22.0 %	234	84.5 %
4 *	7	89	32.1 %	216	78.0 %
5 *	7	124	44.8 %	188	67.9 %
6 *	2	136	49.1 %	153	55.2 %
7 *	1	143	51.6 %	141	50.9 %
8 *	3	167	60.3 %	134	48.4 %
9 *	2	185	66.8 %	110	39.7 %
10 *	1	195	70.4 %	92	33.2 %
11 *	1	206	74.4 %	82	29.6 %
12 *	1	218	78.7 %	71	25.6 %
17 *	1	235	84.8 %	59	21.3 %
21 *	2	277	100.0 %	42	15.2 %

Total de palavras = 11

Frequencia média 134 / 11 = 12,1

## APÊNDICE D – Relatório EVOC Corpus unidade de saúde da Tijuca

Nombre total de mots differents : 72  
 Nombre total de mots cites : 280

moyenne generale des rangs : 2.88

### DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul evocations	et cumul inverse		
1 *	17	17	6.1 %	280	100.0 %
2 *	21	59	21.1 %	263	93.9 %
3 *	8	83	29.6 %	221	78.9 %
4 *	6	107	38.2 %	197	70.4 %
5 *	5	132	47.1 %	173	61.8 %
6 *	3	150	53.6 %	148	52.9 %
7 *	3	171	61.1 %	130	46.4 %
8 *	2	187	66.8 %	109	38.9 %
9 *	1	196	70.0 %	93	33.2 %
12 *	1	208	74.3 %	84	30.0 %
13 *	2	234	83.6 %	72	25.7 %
14 *	1	248	88.6 %	46	16.4 %
15 *	1	263	93.9 %	32	11.4 %
17 *	1	280	100.0 %	17	6.1 %

Total de palavras = 15

Frequencia média  $148 / 15 = 9,86 = 10$

## APÊNDICE E – Dicionário de Padronização do Corpus Analisado

TERMO PADRONIZADO	TERMOS EVOCADOS
ABORRECIMENTO	Aborrecimento, Burrice, constrangedor, decepção, desconcertante, desilusão, doença que ninguém aguarda, inconformismo, opressão, perturbadora, transtorno
ACEITAÇÃO	Aceitação, aceitável, acontece, assumir a doença, bola pra frente, caminho sem volta, dá pra conviver, Maturidade, normal, paciência
ADAPTAÇÃO	Adaptação, convivência, equilíbrio, foco, hábitos, limitação, limitações, limitado, modificação, muda, mudança de vida, mudanças, restrições, vida diferente
ADOCIMENTO	Adoecimento, baixa imunidade, câncer, cansaço deficiência, desconforto, doente, estado bem baixo, frágil, fraqueza, infecção generalizada, infecções, insuficiência respiratória, linfócito, magreza, magro, mal-estar, náuseas, nervosismo, perda saúde, pessoa debilitada, tuberculose, tuberculose pleural
ALEGRIA	Alegria, feliz
AMIZADE	Amizade, interagir
ANSIEDADE	Ansiedade, apreensão
APRENDIZADO	Aprendizado, sabedoria
ATENÇÃO	Atenção, atenção das pessoas, carinho, compreensão, confiança, ficar ligado, não ficar doente
AUTOCONHECIMENTO	Autoconhecimento, domínio, estrutura emocional, seriedade, vivência
BEM-ESTAR	Bem-estar, energia, exercício-físico, higiene
CHOQUE	Agressão, assusta no começo, choque, susto
CONDIÇÃO-DE-VIDA	Bolsa-família, conforto, condição de vida, depende da qualidade de vida, dinheiro, ganho de dinheiro
CONFIANÇA	Compartilhamento, confiança, confiar parceiro, consentimento, sem medo
CONHECIMENTO	Aprendizagem, conhecimento
CONSCIÊNCIA	Amadurecimento, consciência, conscientizar que está com a

	doença, crescimento
CONSEQUÊNCIA	Consequência, consequência de um ato, consequência de vida
CUIDADOS-SAÚDE	Cuidado, preservação
CULPA	Arrependimento, culpa, sentimento culpa
CURA	Cura, curável, solução
DEPENDÊNCIA	Dependência, escravidão, sujeição
DEPRESSÃO	Depressão, desânimo, desesperança, desespero, pessimismo,
DESCOBERTA	Começo, descoberta, descobri cedo melhor, teste
DESCUIDO	Confiança indevida, descaso, desnecessária, pessoas com HIV não se cuidam, surpresa
DIFÍCIL	Chata, complicada, convivência complicada, difícil, dificuldade, fardo, grande mal, não deseja para ninguém, obstáculo, pergunta complicada
DIREITOS	Direito, direitos, gratuidade
DOENÇA-CRÔNICA	Doença crônica, nada mortal, pode ter qualidade e longevidade, vida longa
DOENÇA-INCURÁVEL	Doença incurável, Eterno, incurável, perigosa, sem cura, soropositivo, viver hiv até fim
DOENÇA-INFECCIOSA	Doença infecciosa, hiv, infecção, vírus
DOENÇA-NORMAL	Comum, controlável, doença, doença normal, nada de mais, tratável
ESCOLHAS	Curiosidade, desequilíbrio, era jovem, escolhas, experiência de vida, falta de consciência, ingenuidade, querer, rebeldia
ESPERANÇA	Esperança, esperança melhorar, ser positivo
ESTUDO	Avanço, autoconhecimento, evolução, estudo, ideias, investir nos testes e remédios, manipulação farmacêutica, vacina
FALTA-ATENDIMENTO	Falta de atenção da sociedade para quem tem a doença, falta de atendimento, falta de médico, falta de tratamento, mais suporte
FALTA-PREVENÇÃO	Exposição, sexo sem camisinha
FAMÍLIA	Família, filhos
FORÇA-DE-VONTADE	Coragem, determinação, força, força de vontade, luta, perseverança, persistência, sobrevivência, superação, venço a aids
FUTURO	Futuro
HUMANIDADE	Humanidade, humanismo, respeito, tolerância
INFORMAÇÃO	Capacidade, desconhecimento,

	desinformação, divulgação, dúvida, educação, falta entendimento, falta informação, informação
ISOLAMENTO	Abandono, ausência de familiares, falta de amizades, impotência, isolamento, pressão, solidão
MEDICAÇÕES	Coquetel, medicação, medicações, medicamento, medicamentos, remédio, tomar remédio
MEDO	Atemorizante, insegurança, medo, temor
MORTE	Fim, morte, suicídio, não vem mais nada, sem saída, vida acabando, suicídio
NEGAÇÃO	Destino, misteriosa, mundo surreal, não lembrar, ninguém tem
PRECONCEITO	Crítica, desprezo, desrespeito, discriminação, estigma, preconceito, humilhação, incompreensão, indignidade, não tem amor à vida, racismo, tabu
PREOCUPAÇÃO	Preocupação
PREOCUPAÇÃO-PARCEIRO	Cuidado com o próximo, difícil encontrar parceiro, não pode ter mulher, parceiro, passar aos outros
PRESERVATIVO	Preservativo
PREVENÇÃO	Bom não ter, evitar, evitável, não aceita passar, precaução, prevenção, proteção
PRIVAÇÃO	Perdas, preso no corpo, privação, punição
REALIDADE	Realidade
RECOMEÇO	Mundo de outra maneira, nova chance, nova realidade, nova vida
REJEIÇÃO	Afastamento, exclusão, exclusão social, rejeição
RELIGIOSIDADE	Deus, religião, sem fé, ter fé
RESISTÊNCIA	Resistência
RESPONSABILIDADE	Responsabilidade
REVOLTA	Desgraça, nojo, ódio
RUIM	Chato, crítica, cruz, horrível, inferno, negativo, péssimo, praga, precária, ruim, uma droga
SAÚDE	Saúde,
SEGURANÇA	Busca de segurança, seguro, segurança
SEM-FILHOS	Não poder ter filhos
SENTIMENTOS	Emoção, emotividade, pena, sensibilidade, sentimento, sentimentos
SEXO	Contato sexual, estupro, infidelidade, sexo, só transmite no sangue e relação sexual
SOFRIMENTO	Sofrimento, vergonha
SOLIDARIEDADE	Ajuda, amor
TRABALHO	Dificuldade encontrar trabalho,

	trabalho,
TRANSMISSÃO	Contágio, contaminação, epidemia, transfusão de sangue, transmissível, transmissão, transmitiu sem saber
TRATAMENTO	Hospital, médicos, não faltar consulta, tratamento, tratamento doença, tratamento, vir ao médico
TRISTEZA	Amargura, choro, coisa muito triste, frustração, infelicidade, lágrimas, triste, tristeza
VALORES	Oralidade de vida, valor à vida, valores de vida, valores
VIDA-NORMAL	Vida, vida normal, vida normal hiv até o fim, viver, viver com seus animais
VIVER-BEM	Melhor que antes, vontade viver,
VULNERABILIDADE	Drogas, fragilidade, nunca pensei, risco, vulnerabilidade



## APÊNDICE G – Aplicação das coocorrências

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	
1	Grupo Geral N (137)	doença-normal	medo	morte	ruim	vida-normal	difícil	tristeza	cuidados-saúde	força-de-vontade	preconceito	prevenção	aborrecimento	aceitação	adaptação	adoecimento	cura	esperança	informação	medicações	saúde	tratamento	
2	doença-normal																						
3	medo	3																					
4	morte	4	5																				
5	ruim	5	2	2																			
6	vida-normal	7	6	3	2																		
7	difícil	2	3	0	3	0																	
8	tristeza	5	3	1	1	1	3																
9	cuidados-saúde	8	2	1	3	5	3	1															
10	força-de-vontade	2	0	2	2	4	0	1	4														
11	preconceito	7	8	11	6	5	4	1	5	5													
12	prevenção	3	3	2	2	1	2	0	15	1	5												
13	aborrecimento	2	1	1	6	0	1	1	2	1	2	2											
14	aceitação	5	1	1	1	1	2	1	4	2	7	1	0										
15	adaptação	4	2	3	1	4	1	0	4	5	3	0	1	1									
16	adoecimento	1	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	1	0	1								
17	cura	8	4	3	2	4	2	2	3	1	5	3	1	1	0	0							
18	esperança	3	2	2	1	2	2	4	2	2	3	1	0	0	2	0	1						
19	informação	3	2	3	0	1	0	2	1	0	4	2	0	0	0	0	2	1					
20	medicações	5	2	7	0	1	0	1	6	0	3	3	1	1	1	0	1	2	2				
21	saúde	3	0	1	1	1	1	2	5	2	1	1	0	1	0	0	1	2	0	1			
22	tratamento	10	1	1	3	2	0	0	5	1	4	5	2	2	1	0	4	1	1	4	0		



**ANEXO A – Questionário de caracterização socioeconômico e clínico****Instrumento de Dados Socioeconômicos e Clínicos**

Prontuário no.: \_\_\_\_\_

Questionário no.: \_\_\_\_\_

Primeiro nome: \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:**

Nós gostaríamos de conhecer você melhor, para isso pedimos que você responda algumas perguntas sobre você e a sua vida. Leia a pergunta e responda com honestidade a alternativa que melhor se aplica a você. Marque com um X a resposta correta ou preencha os espaços em branco oferecidos.

**1. Qual o seu sexo:**

1. ( ) Masculino      2. ( ) Feminino

**2. Qual a sua idade e ano de nascimento?**

Ano \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ anos

**3. Qual o seu Bairro de residência?**

\_\_\_\_\_

**4. Qual a sua Cidade de residência?**

1. ( ) Rio de Janeiro

2. ( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**5. Qual a sua escolaridade atual?**

1. ( ) Não estudou

2. ( ) Fundamental incompleto

3. ( ) Fundamental completo

4. ( ) Ensino médio incompleto

5. ( ) Ensino médio completo

6. ( ) Ensino superior incompleto

7. ( ) Ensino superior completo

8. ( ) Especialização completa

9. ( ) Pós-graduação (mestrado ou doutorado)

**6. O que você faz atualmente, sua ocupação?**

\_\_\_\_\_

**7. Qual a sua situação de emprego:**

1. ( ) Empregado/trabalhando

2. ( ) Desempregado

3. ( ) Aposentado

4. ( ) Nunca trabalhou

**8. Qual o seu estado civil?**

1. ( ) solteiro(a)

2. ( ) casado(a)/ união estável

3. ( ) separado(a)/divorciado(a)

4. ( ) viúvo(a)

**9. Qual o seu estado marital?**

1. ( ) não possui namorado(a) ou companheiro(a) fixo

2. ( ) vive com companheiro(a)

3. ( ) possui companheiro(a) fixo, mas não vive com ele(a)

**10. Com quem você mora?**

1. ( ) família

2. ( ) amigos

3. ( ) sozinho

4. ( ) outros. Quem?

\_\_\_\_\_

**11. Qual a sua renda pessoal mensal aproximada?**

R\$ \_\_\_\_\_

**12. Qual a sua principal orientação religiosa?**

1. ( ) Católica

2. ( ) Evangélica

3. ( ) Kardecista /Espírita

4. ( ) Umbanda ou Candomblé

5. ( ) Crê em Deus, mas não possui religião

6. ( ) Não crê em Deus

7. ( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**13. Qual a principal fonte de informação sobre HIV/Aids que você utiliza?**

1. ( ) televisão

2. ( ) rádio

3. ( ) revistas e livros em geral

- 4.( ) sites em geral
- 5.( ) jornal
- 6.( ) revistas e livros científicos
- 7.( ) Conversas com amigos, colegas ou conhecidos
- 8.( ) Serviço/profissionais de saúde

**14.** Em que ano você fez o primeiro teste HIV positivo?

Ano \_\_\_\_\_

**15.** Como você acha que foi infectado pelo HIV?

- 1.( ) sexo com homem
- 2.( ) sexo com mulher
- 3.( ) injetando drogas
- 4.( ) fazendo transfusões
- 5.( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_

**15.** Você está utilizando medicamento antirretroviral?

- 1.( ) sim
- 2.( ) não

**17.** Há quanto tempo você faz uso de medicamento antirretroviral (para aids)?

Desde o ano \_\_\_\_\_

**18.** Qual o estágio atual de HIV?

- 1.( ) sem sintomas
- 2.( ) com sintomas

**19.** Já teve/tem alterações em consequência dos medicamentos antirretrovirais e quais?

- 1.( ) Hiperglicemia/diabetes *mellitus*

- 2.( ) Alteração no colesterol
- 3.( ) Lipodistrofia
- 4.( ) Sintomas neurológicos (alucinações, falta de concentração, distúrbios de sono ou outros)

5.( ) Outros.

Quais? \_\_\_\_\_

6.( ) Não tem ou teve

**20.** Qual a sua orientação sexual?

- 1.( ) heterossexual
- 2.( ) homossexual
- 3.( ) bissexual
- 4.( ) não sei/não quero responder

**21.** Usa ou usava preservativo nas relações sexuais:

- 1.( ) sempre
- 2.( ) às vezes
- 3.( ) nunca
- 4.( ) nunca tive relações sexuais

**22.** Você se considera doente atualmente?

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não

Nome do

entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da aplicação: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2016

**ANEXO B – Formulário de Evocações Livres****Formulário de Evocações Livres**

Prontuário no.: \_\_\_\_\_

Questionário no.: \_\_\_\_\_

Primeiro nome: \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:**

Gostaríamos de saber o que você pensa sobre alguns assuntos relativos a vida com HIV/aids. Vou falar uma palavra e você deverá dizer as cinco primeiras palavras que lhe vierem à cabeça, de forma bem espontânea. Em seguida, classifique cada palavra como positiva (+), negativa (-) ou neutra (N).

**(I) AIDS**

Ordem espontânea	Termos ou expressões	+ - N
1		
2		
3		
4		
5		

**(II) QUALIDADE DE VIDA**

Ordem espontânea	Termos ou expressões	+ - N
1		
2		
3		
4		
5		

**(III) CUIDADO DE SAÚDE A PESSOA COM AIDS**

Ordem espontânea	Termos ou expressões	+ - N
1		
2		
3		
4		
5		

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

**ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)**

Você, \_\_\_\_\_, está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Qualidade de Vida e Construções Simbólicas de Pessoas que Vivem com HIV/Aids no Rio De Janeiro”, desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob a responsabilidade da Profa. Denize Cristina de Oliveira<sup>4</sup>.

O objetivo geral deste estudo é analisar a qualidade de vida, suas construções simbólicas e relações com a perspectiva temporal entre pessoas que vivem com HIV/aids, atendidas em ambulatórios e unidades básicas localizados no município do Rio de Janeiro.

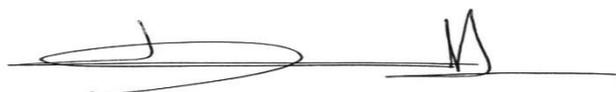
Sua participação nesta pesquisa consistirá na resposta a 3 questionários e, se selecionado, participará de uma entrevista que será gravada, além de consulta de alguns dados do seu prontuário.

As respostas obtidas na aplicação do questionário e, se for o caso, na entrevista poderão ser utilizadas apenas para fins científicos e divulgadas em trabalhos e eventos acadêmico-científicos, sem qualquer identificação dos seus dados.

Em nenhum momento você será exposto(a) a riscos, devido à sua participação na pesquisa, e poderá, a qualquer momento, recusar a continuar sua participação na mesma, sem que isso gere nenhum prejuízo a você. Você não terá nenhum tipo de despesa ou gratificação pela participação nesta pesquisa.

Li e concordo voluntariamente em participar da pesquisa e declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.



**Profa. Denize Cristina de Oliveira**  
**Pesquisadora**

\_\_\_\_\_  
**Sujeito Participante**

<sup>4\*</sup> Contato com a pesquisadora: (21) 99307-1771 (ligação a cobrar). Email: [dcouerj@gmail.com](mailto:dcouerj@gmail.com)

## ANEXO D - Parecer Consubstanciado CEP

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE  
JANEIRO/SMS/ RJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** QUALIDADE DE VIDA E CONSTRUÇÕES SIMBÓLICAS DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NO RIO DE JANEIRO

**Pesquisador:** Denize Cristina de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 47411315.7.3001.5279

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.441.788

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, com base na teoria de representações sociais, tal qual descrita por S. Moscovici (2003), utilizando a abordagem estrutural, conforme apontada por Abric (1976, 1994, 2003), Sá (1998, 1996, 2002) e Oliveira (2001) e a abordagem processual, segundo Jodelet (2001, 2005) e Banchs (2004), associada ao construto de análise da qualidade de vida (Fleck, 2008; Patrick, 2008; Seidl; Zannon, 2004; THE WHOQOL GROUP, 1994, 1995; THE WHOQOL HIV GROUP, 2003) e da perspectiva temporal (Zimbardo & Boyd, 1999). A abordagem metodológica vai ao encontro dos pressupostos de que o conhecimento socialmente elaborado e partilhado no universo do senso comum acerca de determinado objeto social, bem como o modo como este saber passa a ser colocado em prática no cotidiano dos grupos demanda o emprego de múltiplos métodos, ensejando a ideia de uma perspectiva plurimetodológica (Apostolidis, 2003).

A coleta de dados se dará através de: um questionário de dados socioeconômicos e clínicos; instrumento WHOQOL-HIV-Bref; técnica de evocações livres de palavras aos termos indutores "aids" e "qualidade de vida da pessoa que tem aids" e entrevistas semiestruturadas. Será realizado

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

**Bairro:** Centro

**CEP:** 20.031-040

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2215-1485

**E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br