



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Reynaldo de Jesus Oliveira Júnior

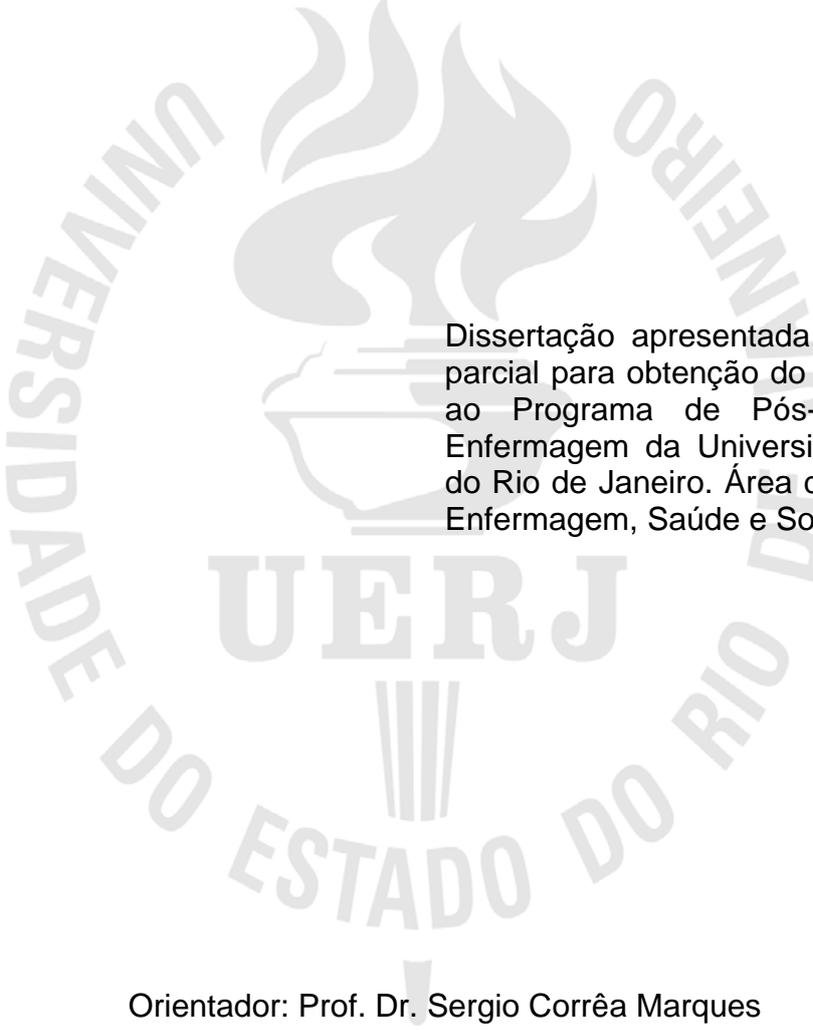
**Representação social da qualidade de vida de pessoas vivendo
com HIV/aids em municípios de pequeno porte**

Rio de Janeiro

2021

Reynaldo de Jesus Oliveira Júnior

**Representação social da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids
em municípios de pequeno porte**



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

2021

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

O48 Oliveira Júnior, Reynaldo de Jesus.
Representação social da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids em municípios de pequeno porte / Reynaldo de Jesus Oliveira Júnior. – 2021.
126 f.

Orientador: Sergio Corrêa Marques

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

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

CDU
614.253.5

Bibliotecária: 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

**Representação social da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids
em municípios de pequeno porte**

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 28 de maio de 2021.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Sergio Corrêa Marques (Orientador)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio
Universidade Estadual de Maringá

Prof.^a Dra. Denize Cristina de Oliveira
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares, amigos e todos aqueles que me ajudaram nestes dois últimos anos, sendo meus incentivadores na busca do saber, e que acreditaram nesta conquista.

Ao meu irmão Pedro Augusto, que esta conquista seja para ele fonte inspiradora de busca pelo saber e um exemplo a ser seguido.

Em memória ao grande amigo e incentivador João Marcos Penna Júnior, mais uma vítima fatal do COVID-19, um militante do SUS e da Vigilância em Saúde.

AGRADECIMENTO

A Deus, pelo Dom que me dera em ser profissional da saúde, e me permitir ser um apaixonado por pesquisa, dando-me as oportunidades de sempre me aprimorar e poder compartilhar os meus conhecimentos com o outro em prol de uma assistência à saúde com qualidade e inovação.

Ao Bruno Scrobatz, meu amado companheiro de todas as horas, por ter aguentado firme ao meu lado nesta jornada, sendo compreensivo e um grande incentivador do meu sonho, e pelas palavras de incentivo que me davam forças para continuar. Sendo assim, uma pessoa fundamental na conquista deste sonho.

À minha querida prima/irmã Regiane Souza e seu esposo Cesar Augustos, que me acolheram por dois anos em sua casa, sempre com carinho e palavras de incentivo.

Aos meus pais, Reynaldo homem simples do campo, mas que desde minha infância sempre me incentivou a estudar, dizendo que o estudo é herança que não se furta, pois estará para sempre conosco e nos oportuniza a viver uma vida melhor. E Ângela, mulher guerreira que com muita fibra esteve ao meu lado desde a minha graduação, trabalhando muito e sendo meu pilar de sustentação, sempre incentivando os meus sonhos, orando por mim, me abençoando com seu amor materno.

À minha irmã Elizângela, que sempre acreditou em mim e vibrou com as minhas conquistas.

Ao meu mestre e orientador Sérgio Marques, que sempre solícito e gentil, me fez trilhar no caminho do saber e descobrir este novo horizonte que é a Teoria das Representações Sociais, a você todo o meu respeito e admiração pelo ser humano e profissional que é.

À professora Denize Oliveira, por me acolher em seu grupo de pesquisa e me permitir desenvolver o trabalho dentro da temática do projeto “Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro”.

Aos professores do Programa de Mestrado da UERJ, pelos ensinamentos e descobertas que me proporcionaram dentro de cada uma de suas expertises.

Aos funcionários da Faculdade de Enfermagem da UERJ, sempre nos atendendo com carinho e dedicação, tornando a faculdade um local acolhedor e agradável.

À minha eterna professora e hoje Secretária de Saúde do Município de Rio Claro/RJ, Maria Augusta, que um dia me disse que eu deveria olhar para frente e buscar o meu futuro, pois via em mim grande potencial. Nunca me esqueci de suas palavras e assim fiz, busquei me graduar, especializar e pós graduar, e ainda buscarei mais no campo do saber, em busca de sempre fazer uma “saúde pública” de qualidade.

À minha também eterna professora de Saúde Pública, Maria Conceição, Presidente do COSEMS-RJ, que me oportunizou a apresentar o projeto desta pesquisa aos municípios do Médio Paraíba/RJ e me fez sentir em casa no município de Piraí onde realizei a maior parte deste estudo.

À senhora Sônia Machado, Secretária Executiva da Comissão Intergestores Regional do Médio Paraíba e Coordenadora do Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde do Médio Paraíba/RJ, pelo apoio e empenho dedicado a esta pesquisa e pela articulação junto aos municípios da Região para a apresentação do projeto deste estudo e posterior execução da pesquisa, a ela todo meu respeito e admiração.

Aos sujeitos desta pesquisa, que me concederam suas histórias de vida e enfrentamento da doença, me permitindo compreendê-los e construindo assim todos os dados deste estudo, de modo a apresentar um recorte inovador dentro da pesquisa do projeto “Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro”, abordando a Qualidade de vida sobre a ótica das pessoas vivendo com HIV residente em municípios de pequeno porte.

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.

Arthur Schopenhauer

RESUMO

OLIVEIRA JÚNIOR, Reynaldo de Jesus. **Representação social da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em municípios de pequeno porte.** 2021. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Este estudo teve como objetivo analisar a representação social da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids residentes em municípios de pequeno porte do estado do Rio de Janeiro. É uma pesquisa do tipo descritiva, de natureza qualitativa, apoiada na Teoria das Representações Sociais, no âmbito da sua abordagem estrutural. Os cenários do estudo foram os ambulatórios de atendimento as pessoas com HIV/aids no âmbito dos programas municipais de IST/aids e hepatites virais dos municípios de pequeno porte da Região do Médio Paraíba do estado do Rio de Janeiro. Participaram 80 pessoas que atenderam os critérios da pesquisa. Na coleta de dados foram utilizados um formulário para a técnica da associação livre de palavras ao termo indutor “qualidade de vida”, e questionário para coleta de dados socio clínicos. Sendo os procedimentos realizados no período de fevereiro a março de 2020. O produto das evocações livres foi organizado, padronizado e submetido a análise prototípica e de similitude. O grupo estudado foi constituído por 57,5% de homens e 42,4% mulheres, em sua maioria jovens com idade inferior a 40 anos (56,3%), com baixa escolaridade e apenas 7,5% com ensino superior completo. O grupo também é formado, em sua maioria (71,25%), por indivíduos com renda inferior a 2 salários mínimos. Constatou-se que 72,75% convivem com diagnóstico a menos de 10 anos, e 96,25% utilizam TARV. A análise prototípica evidenciou que no núcleo central estão os elementos “boa alimentação”, “saúde” e “estado psicológico” e a primeira periferia “lazer”, “atividade física” e “família. Na análise de similitude os termos que mais estabeleceram conexões foram “boa alimentação”, “lazer” e “atividade física”. A representação social do grupo se expressa pelas seguintes dimensões temáticas: dimensão corporal, dimensão psicológica, dimensão processo saúde-doença, dimensão social e a dimensão determinantes sociais da qualidade de vida. Diante dos achados considera-se que a representação social da QV das pessoas vivendo com HIV residentes nos municípios de pequeno porte está assentada nos cuidados de saúde e na busca do bem-estar, importantes aliados para a QV. Conclui-se que os achados do estudo evidenciam como é a representação social do grupo que expressa o pensamento social e os significados atribuídos à qualidade de vida pelas pessoas que vivem com HIV nos municípios de pequeno porte. A representação social está assentada no apoio social e nas práticas de promoção da saúde, que contribuem para a boa qualidade de vida, na medida em que proporcionam saúde física e mental. Para atingir ou manter a qualidade de vida percebem como necessária a harmonia entre o corpo e mente revelando ser importante manter a boa alimentação, exercitar-se e desenvolver atividades de lazer para manter um equilíbrio mental ou bom estado psicológico.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Aids. Representação Social. Práticas em saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

OLIVEIRA JÚNIOR, Reynaldo de Jesus. **Social representation of the quality of life of people living with HIV / AIDS in small municipalities**. 2021. 123 f. 2021. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

This Study had with objective to analyze the social representation of the quality of life of people living with HIV/aids living in municipalities small portin the state of Rio de Janeiro. It is a descriptive research, of nature qualitative, supported by the theory of social representations, within the scope of its structural approach. The study scenarios were the outpatient clinics for people with HIV/AIDS within the scope of municipal programs of STI/AIDS and viral hepatitis in the municipalities of small port to medium region Paraíba of the state of Rio de Janeiro. Participated 80 people who comply with following criteria. In data collection was used a form for the technique of free association of words to inductive term "quality of life", and socio-clinical questionnaire. The procedures being performed in the period of february to march to 2020. The product of free evocations was organized, standardized and submitted to prototypical and similarity analysis. The group studied was constituted by 57,5% men and 42,4% women, mostly young people under the age of 40 (56,3%), with low schooling and only 7,5% with complete higher education. The group is also formed, mostly (71,25%), by individuals with an income below 2 minimum wages. It was found that 72,75% live with a diagnosis for less than 10 years, and 96,25% use TARV. The prototypical analysis showed that in the central nucleus are the elements "good nutrition", "Health" and "psychological state" and the first periphery "leisure", "physical activity" and "Family". In the similitude analysis, the terms that most established connections were "good nutrition", "leisure" and "physical activity". The group's social representation is expressed by the following thematic dimensions: body dimension, pychological dimension, Health disease process dimension, Social dimension and the dimension of social determinants of quality of life. In view of the findings, it is considered that the social representation of the quality of life of people living with HIV residents in small municipalities is based on health care and the pursuit of well-being, important allies for quality of life. It is concluded that the findings of the study show how the social representation of the group that expresses social thinking and the meanings attributed to the quality of life by people living with HIV in the small port municipalities. The social representation is based on social support and in the health promotion practices, which contribute to a good quality of life, insofar as They provide physical and mental health. To achieve or maintain the quality of life, realize how is necessary the harmony between body and mind, showing it is importante to keep a good nutrition, exercise and develop leisure activities to maintain a mental balance or good psychological state.

Keywords: Quality of life. AIDS. Social Representation. Health practices. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Municípios da região Médio Paraíba com a distribuição populacional e do número de casos notificados de indivíduos com HIV/aids, 2020.....	39
Figura 1 –	Esquema da estrutura do quadro de quatro casas. Rio de Janeiro/RJ, 2020.....	46
Quadro 2 –	Quadro de quatro casas com a organização dos conteúdos constituintes da representação social da qualidade de vida dos participantes que vivem com HIV/aids dos municípios de pequeno porte da Região do Médio Paraíba/RJ, 2020.....	69
Quadro 3 –	Distribuição das coocorrências entre as palavras do quadro de quatro casas e os índices de similitude. Região do Médio Paraíba/RJ, Brasil. 2020.....	76
Figura 2 –	Árvore máxima da análise de similitude dos termos mais frequentes ao tema “qualidade de vida”, evocados pelas pessoas que vivem com HIV na Região do Médio Paraíba/RJ, 2020 (N 79)	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos participantes do estudo, por sexo. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	50
Tabela 2 –	Distribuição dos participantes do estudo por faixa etária. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	51
Tabela 3 –	Distribuição dos participantes do estudo por escolaridade. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	53
Tabela 4 -	Distribuição dos participantes do estudo por qualificação profissional. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	54
Tabela 5 –	Distribuição dos participantes do estudo por situação de emprego. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	54
Tabela 6 –	Distribuição dos participantes do estudo segundo o estado marital. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	55
Tabela 7 –	Distribuição dos participantes do estudo pelos grupos sociais com os quais residem. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020....	56
Tabela 8 –	Distribuição dos participantes do estudo segundo a renda. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	57
Tabela 9 –	Distribuição dos participantes do estudo segundo sua orientação religiosa. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	58
Tabela 10 –	Distribuição dos participantes do estudo segundo fonte de informação sobre HIV/aids. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020	59
Tabela 11 –	Distribuição dos participantes do estudo segundo tempo de conhecimento da condição sorológica. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	60
Tabela 12 –	Distribuição dos participantes do estudo segundo tempo que sabem que tem aids. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	61
Tabela 13 –	Distribuição dos participantes do estudo segundo a forma que acham que se infectaram. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	62

Tabela 14 – Distribuição dos participantes do estudo segundo a utilização do antirretroviral. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	63
Tabela 15 – Distribuição dos participantes do estudo segundo tempo de utilização do antirretroviral. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	63
Tabela 16 – Distribuição dos participantes do estudo segundo estágio atual da doença. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	64
Tabela 17 – Distribuição dos participantes do estudo segundo as alterações em consequência do uso do antirretroviral. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	65
Tabela 18 – Distribuição dos participantes do estudo segundo sua orientação sexual. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	66
Tabela 19 – Distribuição dos participantes do estudo segundo sua prática no uso de preservativo. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	66
Tabela 20 – Distribuição dos participantes do estudo segundo sua condição de adoecimento. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CV	Carga Viral
EUA	Estados Unidos da América
EVOC	<i>Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations</i>
FREQ	Frequência
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NC	Núcleo Central
OME	Ordem Média de Evocação
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RANG	Média das Ordens Médias de Evocação
RS	Representação Social
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informação em Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo Consentimento Livre Esclarecido
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações Sociais
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	21
1.1	Qualidade de vida, conceitos e relações com HIV e aids	21
1.2	Aspectos fisiopatológicos, epidemiológicos e sociais do HIV/aids	24
2	REFERENCIAL TEÓRICO	28
2.1	Teoria das representações sociais – conceitos e seus pressupostos	28
2.2	A Qualidade de Vida entre pessoas vivendo com HIV e sua relação com as representações sociais	32
3	METODOLOGIA	37
3.1	Tipo e abordagem do estudo	37
3.2	Cenário do estudo	39
3.3	Participantes do Estudo	41
3.4	Técnica e procedimentos da coleta de dados	42
3.5	Tratamento e análise dos dados	44
3.5.1	<u>Análise dos dados do questionário</u>	44
3.5.2	<u>Análise das evocações livres de palavras</u>	44
3.5.2.1	Análise prototípica.....	44
3.5.2.2	Análise de similitude.....	47
4	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	49
5	DISCRICÃO DOS RESULTADOS	50
5.1	Resultados dos dados socioeconômicos e clínicos	50
5.1.1	<u>Discrição dos dados socioeconômicos</u>	50
5.1.2	<u>Discrição dos dados clínicos</u>	60

5.2	Resultados das análises das evocações livres de palavras...	68
5.2.1	<u>Análise prototípica: revelando os conteúdos e a organização interna da Representação social da QV.....</u>	69
5.2.2	<u>Análise de similitude por concorrência: buscando uma segunda indicação da centralidade da Representação Social da QV.....</u>	76
6	DISCUSSÃO	81
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
	REFERÊNCIAS	100
	ANEXO A - Cartas de Anuência.....	109
	ANEXO B - Questionário de dados socioeconômicos e clínicos..	119
	ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	122
	ANEXO D: Formulário de Evocações Livres.....	123
	ANEXO E - Parecer do Comitê de Ética.....	124

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A infecção pelo HIV corresponde a um grande desafio para a saúde pública. Entender a infecção, não só a partir de sua fisiopatologia, torna-se uma necessidade para o controle da doença e do enfrentamento da mesma por parte das pessoas vivendo com HIV. Por outro lado, estudar a representação social (RS) da qualidade de vida (QV) deste grupo permite um olhar tanto sobre a doença quanto o modo de vida a partir da ótica da pessoa vivendo com vírus. Assim, este trabalho busca compreender a representação da qualidade de vida da pessoa que vive com HIV/aids, contribuindo desta forma para entender o viver com a síndrome visando aprimorar a assistência a este grupo social.

A partir do 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 professora e pesquisadora Dr.^a Denize Cristina de Oliveira, o presente trabalho busca analisar as construções simbólicas referentes à QV de pessoas que vivem com HIV/aids, inaugurando desta forma a pesquisa com indivíduos residentes em municípios de pequeno porte do Estado do Rio de Janeiro, especificamente na Região do Médio Paraíba.

Estudar sobre o HIV/aids tem sua pertinência devido ao seu impacto socioeconômico e político representado mundialmente. De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/aids do Ministério da Saúde do Brasil, foram notificados no Sinan e declarados no SIM 1.011.617 casos de aids desde 1980 até junho de 2020 no Brasil e 133.100 no estado do Rio de Janeiro. Em 2019 foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV, 37.308 casos de aids com uma taxa de detecção de 17,8/100 mil habitantes e registrados no SIM 10.565 óbitos tendo por causa básica a aids, com taxa de mortalidade padronizada de 4,1/100 mil habitantes (BRASIL, 2020).

Desde o aparecimento do HIV já foram infectadas 77,3 milhões de pessoas no mundo, e destas 35,4 milhões morreram por causas relacionadas à aids. Segundo o UNAIDS, no ano de 2017, 36,9 milhões de pessoas em todo mundo viviam com HIV, 21,7 milhões tiveram acesso à terapia antirretroviral e 940.000 pessoas morreram em decorrência da infecção (BRASIL, 2018).

No Estado do Rio de Janeiro, no período de 1982 a junho de 2018, um total de 119.098 casos de aids foram confirmados. Dos Municípios do Estado, a capital responde pelo maior número de casos tanto para a região Metropolitana quanto para o total do Estado, independentemente do período considerado. Em relação à região do Médio Paraíba, foram registrados 3446 casos no referido período (SES/RJ, 2018).

Com o avanço do cuidado destinado às pessoas vivendo com HIV, sobretudo com a simplificação do tratamento a partir das inovações nas terapias antirretrovirais (TARV), e a caracterização da doença como sendo uma condição crônica, houve grandes mudanças na vida deste grupo, inclusive com reflexos na qualidade de vida e nos modos de assistência. Em relação a este último aspecto, ocorreu a mudança no modo de atendimento passando de um modelo centralizado de assistência especializado para um modelo descentralizado da assistência na atenção primária. Deste modo o entendimento quanto a representação social da qualidade de vida para este grupo social torna-se uma importante estratégia para a atenção à saúde destes indivíduos, pois possibilita um norteio ao profissional de saúde para a melhor condução das medidas de promoção da saúde e prevenção dos agravos ocasionados pela infecção, bem como possibilita analisar a resposta do indivíduo frente a atenção de saúde prestada.

A infecção pelo HIV, deve ser entendida além da frieza de seus números, assim, as representações sociais nos levam a refletir para além dos frios dados numéricos, permitindo um olhar a partir da ótica do grupo de pessoas que vive com HIV/aids, garantindo a compreensão do viver com a doença e suas implicações na QV, e, com isto, desmistificando olhares até então formulados em torno da patologia, permitindo a melhor assistência às pessoas que vivem com a infecção.

Face ao exposto, o objeto deste estudo é a representação social da Qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV. Para tanto, discutir os conceitos de QV nas diferentes concepções se constitui necessário.

Para Minayo (2014), a QV tem sido associada ao nível de contentamento do indivíduo a partir de seu contexto ambiental, social, familiar e amoroso, sendo entendida como uma síntese cultural daquilo que é padronizado por uma sociedade como algo bom, que gera bem-estar e conforto. Tal acepção torna-se preocupante visto a importância dada às conquistas materiais, isto é, reconhecidas como indispensáveis para o alcance do bem-estar.

Para a OMS (2002, p1), a QV é definida como:

A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito bem abrangente, afetado de maneira complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais da pessoa e por suas relações com características significativas do ambiente. (OMS, 2002, p.1)

Estudos vêm identificando a Representação Social da QV de pessoas que vivem com HIV, a exemplo de Domingues (2017), apontando que a QV está diretamente relacionada aos cuidados de saúde, especialmente a manutenção de uma boa dieta, atividade física, bem como a adesão a TARV. Ribeiro (2020), também descreve que a representação social da QV deste grupo social está pautada nos cuidados de saúde e reforça a importância da boa alimentação como sendo um elemento relevante.

A boa vinculação familiar e bom convívio social são apontados por Sampaio (2018), como sendo um importante fator para a garantia da qualidade de vida para este grupo social. Cecilio et. al (2019) também apontam a importância das relações sociais e de apoio social para a garantia de melhores níveis de QV. As atividades laborais também são importantes para promover uma melhor QV, pois além de prover o indivíduo de suas necessidades, ainda auxilia no campo psicológico e das relações sociais na análise de Costa (2015).

Deste modo, observa-se que o viver com HIV e a sua relação com a QV se apresenta como elemento multifatorial, relacionado às dimensões de ordem física, emocional, econômica, social, de natureza espiritual, nas crenças pessoais, entre outras, que envolvem a vivência subjetiva do HIV e constitui importante compreensão, principalmente para a abordagem ao cuidado à saúde dessa população.

Assim, a compreensão do HIV e a qualidade de vida torna-se importante pelo modo como estes fenômenos se estruturam na dimensão simbólica e psicossocial de um determinado grupo social, em um determinado momento temporal, bem como sobre o modo como esta reconstrução define práticas, conforma atitudes e influencia ações de gestão destas práticas (OLIVEIRA, 2013).

Nesse sentido, ressalta-se a pertinência da TRS como norteadora desse estudo, pois permite conhecer a configuração simbólica dos fenômenos e das

maneiras como esse grupo vê e pensa a QV tanto na perspectiva individual quanto na coletiva.

A TRS tem sido utilizada na área da saúde desde a década de 1960 e tem contribuído para a compreensão dos pesquisadores deste campo de estudo como determinados grupos pensam sobre objetos afeitos a esta área, como é caso da QV.

A aplicação da TRS nas pesquisas de enfermagem auxilia no processo de compreensão das pessoas, seus processos de conhecimento, seus afetos e seu modo de agir no mundo, ajudando na abordagem de um plano terapêutico voltado para as necessidades do outro (FERREIRA, 2016).

A partir do exposto definiram-se as seguintes questões de pesquisa:

- Como as pessoas vivendo com HIV/aids, residentes em municípios de pequeno porte, representam a QV?
- Que fatores influenciam a QV de pessoas que vivem com HIV/aids nos municípios de pequeno porte?

A relevância do estudo se dá pelo fato de o HIV/aids representar importante impacto social, político e econômico no mundo. Os últimos dados disponíveis referentes à epidemia no mundo, mostram que desde o surgimento da doença já foram infectados 77,3 milhões de pessoas no mundo, no mesmo período morreram 35,4 milhões de pessoas em decorrência da infecção. Até o ano de 2017 36,9 milhões de pessoas viviam com o HIV em todo o mundo (BRASIL, 2018).

Por outro lado, proporcionará informações aos municípios de pequeno porte acerca da percepção da QV das pessoas com HIV assistidas em seus serviços e, de certa forma, de como o contexto social e a assistência ofertada poderão estar contribuindo para a qualidade de vida desta população.

Este estudo justifica-se pelo impacto epidemiológico da infecção pelo HIV no Brasil e no mundo e suas repercussões pessoais, sociais, culturais, entre outras. É ainda pelo fato do estudo da QV em pessoas vivendo com HIV ter sua importância também para o modelo de assistência a este grupo social no Brasil, que tem relação com a oferta irrestrita de TARV e outros aspectos que guardam vínculo para a melhoria da QV desta população. Também se justifica quanto sua importância para a Região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro, permitindo apresentar um retrato de como a qualidade de vida é representada por esta população na região, e por permitir em alguma medida um panorama da assistência prestada a estes sujeitos no Médio Paraíba.

Considera-se, por fim, que o estudo se justifica por poder complementar a avaliação da qualidade de vida no âmbito do Projeto integrado ao qual está vinculado, na medida em que não há no mesmo, dados referentes à municípios de pequeno porte. Assim, este estudo permitirá uma análise da representação social da QV em diferentes contextos sociais.

Pelas considerações precedentes, propôs-se desenvolver esta dissertação visando estudar como se dá a compreensão das pessoas sobre a sua QV em sua convivência com os diversos fenômenos relativos ao HIV/aids, em um contexto de municípios de pequeno porte da região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro.

Para atender o objeto e as questões norteadoras definiu-se os objetivos a seguir.

OBJETIVO GERAL

Analisar a Representação Social da Qualidade de Vida de pessoas que vivem com HIV/aids residentes em municípios de pequeno porte do estado do Rio de Janeiro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os conteúdos que constituem a representação social da Qualidade de Vida dos das pessoas que vivem com HIV em municípios de pequeno porte;

- Discutir os elementos centrais e periféricos que organizam a representação social da QV do grupo estudado de municípios de pequeno porte;
- Identificar os conteúdos que dão sentido à representação social da QV no grupo estudado;
- Discutir quais fatores influenciam a Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV residentes em municípios de pequeno porte.

O estudo traz contribuições na medida em que oferece subsídios sobre como o grupo social vem enfrentando o viver com a síndrome para atingir uma melhor QV, assim como os fatores que estão envolvidos neste contexto que precisam ser trabalhados pelos alunos e profissionais de saúde, em especial os da enfermagem. Para a assistência, no âmbito dos municípios envolvidos, contribui por permitir identificar se a assistência prestada contribui para a QV do grupo estudado. E para a pesquisa contribui oferecendo dados que ainda são pouco explorados por estudos acerca deste tema, sobretudo pelo ineditismo deste tipo de análise em municípios de pequeno porte.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 Qualidade de vida, conceitos e relações com HIV e aids

Para Vido (2007), a expressão “qualidade de vida”, é tão antiga quanto a própria civilização. O desenvolvimento histórico e cultural da humanidade traz referências às tentativas de conceituarem a qualidade de vida desde a antiguidade, citando Sócrates, a autora relata que o filósofo referia QV ao encarar a morte na corte de Atenas quando disse que não era a vida que contava e sim sua qualidade.

Kluthcovsky e Takayanagui (2007) relatam que a possível segunda aparição do termo, foi mencionada de forma escrita pela primeira vez em um livro sobre economia e bem-estar publicado no ano de 1920 por Pigou, portanto não foi valorizado e logo esquecido. Já no ano de 1964 o então presidente dos EUA Lyndon Johnson, utilizou o termo em seu discurso, quando afirmou que objetivos não poderiam ser medidos com balanços de bancos e sim através da qualidade de vida que proporciona as pessoas, com isto, muitos autores atribuem a este discurso como sendo o precursor do emprego do termo QV.

Nos bancos de dados acadêmicos, a QV tem suas primeiras aparições a partir de 1977, sua importância para a literatura científica está muito associada aos temas relacionados à saúde, e empregado por cientistas sociais, políticos e filosóficos. A população em geral utiliza o termo, por ser de natureza abstrata possui assim, múltiplos conceitos devido a sua significância dependente do local e dos grupos sociais que a define (KLUTHCOVSK; TAKAYANAGUI 2007).

Gonçalves e Vilartha (2004) conceituam-na como a maneira que as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo, nesse contexto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito.

Oliveira (2014) afirma que QV abrange características multifatoriais determinadas a partir do contexto histórico, social e cultural vivenciado pelo

indivíduo ou grupo social, o que determina a percepção individual de cada sujeito acerca de sua posição na vida, reafirmando desta forma o que já era defendido por Kluthcovsky e Takayanagui (2007).

A QV pode ser entendida a partir de uma subjetividade, muitos a vinculam como sendo da ordem da sofisticação e requinte, portanto deve ser levado em consideração o mínimo de condição e dignidade humana, deste modo para entender a QV deve-se perpassar o olhar subjetivo e chegando a um olhar objetivo (HERCULANO, 2000).

Para Kluthcovsky e Takayanagui (2007), a subjetividade não pode ser unicamente considerada pois existem componentes objetivos que influenciam a percepção do indivíduo acerca de sua QV, sendo eles a história, a cultura e os padrões de bem estar distribuídos entre as classes sociais, corroborando deste modo com o pensar de Herculano (2000) que defendia o olhar além da subjetividade.

Fleck descreve o conceito de QV citado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como sendo:

[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck, 1999, p 21, apud OMS).

Para o autor, trata-se de um conceito complexo que inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psíquicos, sociais e culturais. A partir deste conceito complexo, podemos definir a QV como sendo uma percepção individual de cada sujeito, a partir das características multifatoriais que estimulam esta percepção individual.

A infecção pelo HIV é atualmente uma infecção crônica com maior sobrevida, mas ainda estigmatizada, transmissível e incurável, que gera diversas consequências biopsicossociais que impactam na QV (SOARES et al., 2015).

Estas consequências afetam diferentes aspectos da vida desses indivíduos gerando impacto significativo nas várias dimensões da QV, demandando, portanto, a sua avaliação e intervenção, bem como a compreensão e o conhecimento das diversas variáveis que podem afetá-la de modo negativo.

Catunda et. al (2016) concluem em seu estudo que a percepção ameaçadora da infecção, pela pessoa que vive com HIV, interfere de forma negativa na

representação social da QV, assim a compreensão do processo desta infecção, bem como a orientação quanto à condução do tratamento pode interferir seriamente na representação social da QV do grupo estudado.

A política pública brasileira de acesso universal à TARV, a partir de 1996, proporcionou a redução da morbidade e da mortalidade pelo HIV, aumentando a sobrevida e conferindo à doença um caráter crônico. Essa condição deu um novo status à QV para as pessoas que vivem com HIV, na medida em que as condições as quais passaram a ter na vida cotidiana proporcionaram melhor convívio com o vírus e a doença, promovendo novas perspectivas em suas vidas (HIPÓLITO, 2015; DOMINGUES; OLIVEIRA; MARQUES, 2018).

A avaliação da QV é importante para compreendermos a forma como vivem as pessoas com o HIV e a aids, sobretudo em relação à própria doença e pela necessidade de avaliação dos efeitos dos tratamentos no bem-estar dos indivíduos, conforme pontua Hipólito (2015).

Assim sendo, as investigações no campo da representação social da QV da pessoa que vive com HIV/aids, são importantes por serem levadas em consideração a evolução da doença, a sobrevida das pessoas que vivem com o vírus diante do estigma da infecção, onde a QV é um importante instrumento avaliativo no apontamento de fatores positivos e negativos que contribuem para o sucesso, ou não, do controle da doença (MEDEIROS et al, 2017).

Okuno et al (2015) consideram que as dimensões da QV envolvem aspectos de natureza física, psicológica, social, interpessoal, ambiental e espiritual e que a avaliação destes aspectos é significativa para identificar o impacto da doença e, também, implementar medidas de intervenção terapêutica para as pessoas doentes. De acordo com esses autores, estudos mostram que algumas variáveis podem afetar a QV das pessoas que vivem com HIV, tais como: fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais.

Para Hipólito et. al. (2017), não só as políticas públicas de assistência às pessoas que vivem com HIV/aids devem ser consideradas na percepção da QV por este grupo social, os aspectos sociais associados a manutenção de uma boa saúde mental e uma rede de apoio psicossocial e espiritual juntamente com tratamento adequado, contribui drasticamente para a melhor percepção da QV destes indivíduos.

Corroborando com Hipólito et al (2017), Cecílio (2018) também afirma a importância das relações interpessoais e da rede de apoio social para garantia de melhores níveis de QV, uma vez que este grupo social convive com uma condição crônica de saúde envolvida em estigmas e preconceitos.

1.2 – Aspectos fisiopatológicos, epidemiológicos e sociais do HIV/aids

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), nos últimos 11 anos foram notificados 300.496 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo a Região Sudeste a mais acometida (45,6%), seguida da Região Sul (20,1%). A Região Nordeste encontra-se no terceiro lugar no número de casos notificados (18,3%), a Região Norte na penúltima colocação (8,7%) seguida da Região Centro-Oeste (7,3%).

No que se refere a idade, a infecção no Brasil vem atingindo sujeitos adultos jovens na faixa etária de 20 a 34 anos, correspondendo 52,7% de todas as notificações. Também é importante ressaltar que 20,7% destes indivíduos possuem nível de escolaridade correspondente ao ensino médio e 12,1% apenas ensino fundamental (BRASIL, 2019).

Referente à raça, a série histórica nos mostra que os autodeclarados afrodescendentes (pretos e pardos) são os mais acometidos (49,7%), seguidos de brancos (40,9%) (BRASIL, 2019).

O boletim epidemiológico (2019) aponta que a maior concentração dos casos está no sexo masculino, correspondendo a 69%. Entre os homens, 51,3% possuem orientação sexual homossexual ou bissexual, 31,4% são heterossexuais, sendo 2% destes usuários de drogas. Nas mulheres 86,5% possuem orientação heterossexual e 1,4% de usuárias de drogas injetáveis (BRASIL, 2019).

O acesso ao tratamento, até o final de junho/2019, chegou a 21,6 milhões de pessoas, sendo que 35,36% da população infectada no mundo ainda não tem acesso ao tratamento para o HIV, o que corresponde a 13,4 milhões de pessoas desassistidas.

Com base nos dados epidemiológicos apresentados pelo Brasil, pode-se olhar para alguns grupos sociais, na busca de entender como a infecção pelo vírus HIV está distribuída. Assim, observa-se uma maior incidência em afrodescendentes, homens homossexuais, mulheres heterossexuais e indivíduos com baixa escolaridade.

O cenário da doença hoje é bem diferente, deste modo, olhar a aids atualmente não é o mesmo que vê-la nas décadas de 1980 e 1990. No que se refere à representação social da doença, pode ser observado que ela ancorou, nas classificações biomédicas como a peste (pela sua alta letalidade), a cólera (por sua degradação do corpo com a magreza) e a sífilis (pelo seu caráter de transmissão sexual), também foram atribuídas as classificações do senso comum, como o *câncer gay*, *pneumonia gay* e *síndrome gay* (OLIVEIRA, 2013).

Essas ancoragens, que foram aplicadas logo no surgimento da doença, trouxeram consigo os estigmas que se transmitiram ao longo dos anos, desse modo traduziu-se uma representação da doença negativa. Quando buscamos na literatura, observamos que a doença ainda tem um peso discriminatório e carrega consigo o temor da morte. Estas percepções sobre a aids, ainda apresentam na atualidade, um grande impacto sobre as representações atribuídas a doença que levaram e levam ao longo de todos estes mais de 30 anos aos estigmas que convivemos na atualidade.

Oliveira (2007) descreve em seu estudo como é muito forte o estigma da doença, pois é muito comum se observar representações sociais semelhantes às existentes no período em que foram registrados os primeiros casos da doença.

A entrada da aids no Brasil veio acompanhada de medo, pela nova e mortal doença, portanto, positivamente trouxe os chamados “*subprodutos benéficos*”, dentre estes, o envolvimento da sociedade civil organizada, cobrando direitos ao acesso e incentivando a pesquisa. Deste modo no Brasil observamos um alicerce firme para as bases da assistência à doença, que se sustenta até os dias atuais, pois possuímos um dos melhores sistemas de acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/aids do mundo (GRECO, 2016).

Torres (2008) afirma que a possibilidade de tratamento para a pessoa que vive com HIV interferiu fortemente na cadeia de transmissão e evolução da doença impedindo e/ou diminuindo a possibilidade de desenvolver a aids. Este evento acabou por modificar o padrão de pensamento sobre a doença no Brasil.

Corroborando com a autora, podemos refletir sobre a representação social da doença ao longo dos anos, desde sua entrada no Brasil na década de 1980, onde a doença se colocava como sendo ainda um enigma associada ao Sarcoma de Kaposi, sobretudo atingindo uma população homossexual masculina e com bom padrão sócio econômico, até os dias atuais onde alguns grupos sociais praticam roleta-russa do sexo, em que o sujeito entende como aventura a contaminação pelo HIV. Buscar a compreensão do pensamento social frente à aids, que não deixa de ser uma doença crônica, que possui todas as suas particularidades tanto do ponto de vista clínico quanto do ponto de vista social, é um desafio e uma necessidade, pois a compreensão acerca do pensamento social e como ela está representada para um grupo determina as formas de atuação sobre a promoção da saúde e a prevenção da própria doença.

Em uma análise do sentimento dos profissionais de saúde referente à aids no período de 1986 a 2006, Villarinho (2016) relata que nos primórdios da aids no Brasil, a doença era marcada pelo medo, vergonha e o receio do estigma pela associação da doença à promiscuidade e à homossexualidade. Ainda hoje vemos esta representação explícita e fortemente impregnada na doença, portanto com o passar dos anos e epidemia vem apresentando novas faces e tomando outros rumos.

Oliveira (2007) afirma que a disseminação da doença acabou mudando seu perfil epidemiológico, haja vista que eram centrados em um grupo específico, os gays. O considerado grupo de riscos deixou dos primórdios da infecção deixou de ser somente este grupo social, passando assim a atingir uma gama maior da população, como as mulheres, assumindo uma característica unissex, chegando também às camadas mais empobrecidas da população, arrancando de si o caráter elitizado, e se heterossexualizando. Assim, ao longo dos anos, os grupos de riscos deixam de existir e surge a nova terminologia, denominada então por comportamento de risco.

Com a evolução, hoje temos uma doença que não escolhe classe social, nem mesmo orientações sexuais e atinge qualquer faixa etária. Os altos índices de letalidade foram controlados, medidas de promoção da saúde e prevenção da doença chegam à uma grande gama de pessoas. Portanto, ainda é forte o estigma da doença, pois suas bases foram construídas a partir de toda uma representação negativa. Deste modo, é fundamental que novos estudos sejam realizados no campo

social e psicossocial da doença, para que possamos identificar como ainda é representada e deste modo possamos trabalhar para a ressignificação da mesma, quebrando os estigmas e melhorando o convívio com a infecção. Por outro lado, é necessário compreender como essas representações implicam em diversos setores da vida das pessoas que vivem com o vírus, a exemplo dos reflexos para a QV deste segmento da população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Teoria das representações sociais – conceitos e seus pressupostos

Como referencial teórico de sustentação para o estudo, optou-se por utilizar a Teoria das Representações Sociais (TRS), que a partir da necessidade, na década de 1950, em redefinir o campo de estudos da Psicologia Social, Serge Moscovici realizou na França o estudo das representações sociais da psicanálise para grupos específicos de Paris, originando desta forma a Teoria das Representações Sociais. O objetivo do pesquisador era compreender como a teoria psicanalítica se disseminava de formas diferentes em diferentes grupos (OLTRAMARI, 2003).

As representações sociais foram mencionadas pela primeira vez por Émile Durkheim, um sociólogo francês que no ano de 1912 elaborou o conceito de representações coletivas (NÓBREGA, 2001). Durkheim descrevia o pensamento individual como sendo um pensamento meramente psíquico sem se reduzir à atividade cerebral, já o pensamento social era apresentado pelo autor como não sendo a soma dos pensamentos individuais (MOSCOVICI, 1978).

Durkheim ainda defendia que a natureza fundamental do homem residia na religião. Segundo ele, esta prática social traduz as representações coletivas, reunindo diferentes formas de pensamentos e de saberes partilhados no coletivo por meio de crenças, mitos, ciência, religião, opiniões entre outros, que se estende no espaço social (NÓBREGA, 2001).

Moscovici é conduzido a substituir a noção da representação coletiva pelo conceito de representação social, a partir de um interesse pela inovação de um social móvel, do mundo moderno e transformado com a divisão social do trabalho e a emergência de um novo saber “a ciência”, para ele a elaboração das RS se dá através de um processo criativo, cognitivo e simbólico e são assim partilhadas socialmente (NÓBREGA, 2001).

Para Moscovici, as representações são conceituadas como sendo:

[...] uma instância intermediária entre conceito e percepção; que ela se situa sobre as dimensões de atitude, informação e de imagens; que ela contribui para a formação das condutas e a orientação das comunicações sociais; que ela conduz a processos de objetivação, de classificação e de ancoragem; que ela se caracterize por uma focalização sobre uma relação social e uma pressão a inferência; e, sobretudo, que ela se elabora nas diferentes modalidades de comunicação: a difusão, propagação e a propaganda. (MOSCOVICI, 2001 p.67, apud NÓBREGA).

Moscovici ainda define uma representação como sendo, um sistema de valores, de noções e de práticas com duplas tendências, anteriormente instaurando uma ordem orientadora no meio ambiente social e material de modo a dominá-lo, em seguida, assegurando a comunicação entre os membros do grupo propondo códigos para suas trocas e para nomear e classificar de maneira unívoca as partes de seu mundo, de sua história individual e coletiva (NÓBREGA, 2001).

Moscovici (apud MORAES, 2013 p.29) complementa a descrição das representações sociais da seguinte forma:

[...] são o conjunto de explicações, crenças e ideias comuns a um determinado grupo de indivíduos; resultam de uma interação social, sem perder de vista, contudo, a questão da individualidade

Moscovici (2005) também afirma que a elaboração de representações sociais são uma tentativa de construir uma ponte entre o estranho e o familiar, pregando a utilização da representação social na exemplificação de fenômenos desconhecidos.

Jodelet (2001) corrobora com Moscovici, quando diz que a implicação de nosso comportamento na dominação do mundo ao nosso redor, tanto físico como intelectualmente, está na necessidade de adquirirmos informações acerca deste mundo, quando identificamos e resolvemos os problemas que se apresentam, surgem assim as representações sociais. Estas representações nos norteiam, dando possibilidade de nomear e definir em conjunto os diferentes aspectos da realidade que nos cercam, assim permite a interpretação dos problemas, auxiliam nas tomadas de decisões e eventualmente possibilitam o posicionamento frente a estes problemas de forma defensiva.

Bezerra, sustentado pelos pensamentos de Jodelet, reafirma que as representações sociais são um sistema de interpretações sociais, e determinam os comportamentos e orientam práticas do indivíduo (BEZERRA, et al, 2018).

Abric (1998) afirma que a Representação Social tem por função explicar relevância da realidade, definir identidade de grupos sociais, bem como orientar

práticas sociais e justificar ações tomadas. Deste modo Bezerra (2018), nos leva a refletir sobre o papel que as Representações Sociais desempenham para a determinação do comportamento, tanto age orientando o comportamento, como é determinada a partir de certos comportamentos encontrados no grupo social.

Por fim, Sá (1996), expressa o quão complexo é o conceito de representação social, portanto embora se trate de um conceito complexo e polifacético de difícil encerramento em uma única expressão, alguns autores propõem definições que não comprometem a integridade do conceito e facilitam deste modo à compreensão. O autor menciona o conceito defendido por Denise Jodelet (1989), que cita o seguinte: “Representação Social é uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Sá, 1996, p 62 apud Jodelet, 1989).

Sá (2015), a partir da proposta de Moscovici, defende que as representações sociais são formuladas a partir de dois universos, o reificado e o consensual. O primeiro, parte do saber científico e erudito, já o segundo, corresponde ao senso comum onde se encontram as práticas do dia a dia. Moscovici ainda reforça que o conhecimento do senso comum é oriundo das imagens, das noções e da linguagem que a ciência não cessa de inventar.

Silva (2018, apud Moscovici, 1978 p.53) cita que a construção da RS envolve os processos de objetivação e a ancoragem. Na objetivação, o indivíduo associa o novo com imagens, para assim familiarizar o evento. Na ancoragem, há uma associação do novo com um objeto já existente e familiar, criando deste modo ligações para que o desconhecido se torne conhecido.

Nesse contexto, cabe descrever as funções da RS. Sá (Moscovici, 1978, apud Sá, 1996) cita Moscovici, que defende e justifica a ênfase funcional atribuída à Representação Social, onde para este autor sua importância está em produzir e determinar comportamento, e definir, ao mesmo tempo, os estímulos que nos levam a produzir uma resposta ao novo.

Abric (1998) apresenta quatro funções para a Representação Social, sendo elas: função de saber, que permite compreender e explicar a realidade; função identitária, define a identidade e permite a proteção da especificidade dos grupos; função de orientação, guiam os comportamentos e as práticas; e a função justificadora, permite, a posteriori, a justificativa de tomada de posição e dos comportamentos.

A partir de um conjunto de reflexões conceituais e teóricas, é desenvolvida por Denise Jodelet, em Paris, a abordagem processual das Representações Sociais, seguindo uma proposta de Moscovici, de que a teoria continuasse a ser construída em evidências empíricas (SÁ, 2015).

Os elementos constituintes da RS, na abordagem processual, podem ser: crenças, informações, imagens, valores, opiniões e outros mais (SÁ, 2015). Nessa abordagem a ancoragem e a objetivação são estudadas a fundo, tendo em vista três ordens de fenômenos: a dispersão da informação, o foco e a pressão à inferência e, por isso, direciona o olhar às três dimensões da RS: a informação, o campo e a atitude (MOLINER, 2015).

No final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990, a partir da evolução teórica das Representações Sociais, surge a Abordagem Estrutural das Representações Sociais. A proposta da abordagem estrutural surge bem antes, na década de 1970, a partir dos estudos de Jean-Claude Abric, que em 1976 aborda a Teoria do Núcleo Central em sua dissertação, sendo esta teoria muito forte na abordagem estrutural. Portanto, as publicações marcantes que consagram a abordagem só ocorrem no final da década de 1980 e início da década de 1990 (WOLTER, 2016).

Abric (2003) afirma que uma representação social é constituída por um sistema sociocognitivo particular, sendo assim, um conjunto organizado e estruturado de informações, afirma ainda que, este sistema é composto de dois subsistemas, sendo um central e um cognitivo.

Deste modo é a abordagem estrutural da RS, está cunhada em uma estrutura organizada por um núcleo central e por elementos periféricos. Abric (2003) afirma ainda que o núcleo central é constituído por alguns elementos, portanto estes elementos serão sempre em quantidade limitada. O autor ainda defende que o núcleo central possui três funções essenciais, sendo elas: função geradora, o significado da representação; função organizadora, responsável por organizar internamente o núcleo; e função estabilizadora, que dá estabilidade à RS.

O núcleo central possui a propriedade de resistência, pois assegura a continuidade em contextos móveis e evolutivos da RS. Sua modificação transforma completamente a RS, assim, a identificação do núcleo central é que permite o estudo comparativo das RS, ou seja, a diferença entre RS depende da organização de núcleos centrais diferentes (ABRIC, 1998).

Outro fato que deve ser considerado é que a centralidade de um elemento não deve ser baseada somente por critérios quantitativos, mas antes de tudo, em uma dimensão qualitativa. O aparecimento frequente de um elemento no discurso de um grupo não determina a sua centralidade, o que de fato a determinará é a sua importância para este grupo (ABRIC, 1998)

Em torno do Núcleo Central estão organizados os elementos periféricos, que respondem por três funções primordiais: função de concretização; função de regulação e função de defesa (ABRIC, 1998).

A função de concretização realiza a ancoragem da RS e a realidade, constituindo a interface entre o núcleo central e a situação concreta, permitindo desta forma a sua compreensão e sua transformação. A função reguladora exerce o papel de adaptar a RS às evoluções do contexto, às novas informações e às transformações do meio ambiente, também trabalham na adequação de elementos suscetíveis de entrarem em conflito com os fundamentos da RS, caracterizando o sistema periférico como sendo de aspecto móvel e evolutivo, face a estabilidade do núcleo central. E por fim, a função de defesa, onde a transformação de uma RS se opera, na maior parte dos casos, por meio de transformações dos elementos periféricos, onde poderão aparecer e ser toleradas as contradições (ABRIC, 1998).

2.2 A Qualidade de Vida entre pessoas vivendo com HIV e sua relação com as representações sociais

O HIV/Aids traz consigo uma história de mais de 30 anos no Brasil, cuja evolução temporal evidencia uma série de mudanças de natureza fisiopatológica, epidemiológica, social, psicossocial e de cuidado em saúde, entre outras, com reflexos nos modos de vida, especialmente entre as pessoas que vivem com o HIV. Essas mudanças tiveram influência na resignificação da doença, nos modos de enfrentamento da mesma e, sobretudo, na qualidade de vida deste grupo social.

Diversos estudiosos se dedicaram a estudar a qualidade de vida de vários grupos sociais, sob várias perspectivas, e em diferentes circunstâncias de vida. No entanto, observa-se que em relação às pessoas que vivem com HIV há uma redução importante nas produções científicas, apesar de que, como menciona Hipólito (REMPLE et. al. Apud HIPÓLITO 2015 p. 38), é de importância central a avaliação da QV para se compreender como vive o indivíduo infectado pelo vírus e como esta importância se deve, sobretudo, à natureza da doença, que se caracteriza por sua imprevisibilidade e múltiplas recorrências.

Quanto mais se busca as produções com este grupo social relacionadas ao campo das representações sociais, mais inexpressiva é a quantidade de estudos. Isso evidencia que há uma lacuna a ser preenchida no contexto das representações sociais e reforça a necessidade da realização de mais pesquisas com esta perspectiva teórica, pois considera-se importante compreender a RS da QV das pessoas que vivem com o vírus. Como afirma Hipólito (2015, p.86) “é importante compreender o significado das RS da QV, pois isso representa um passo significativo nas mudanças das práticas sociais, na medida em que o discurso, as representações e as práticas são mutuamente geradas”.

Ainda sobre este aspecto, Hipólito; Oliveira; Gomes; Costa (2016, p. 3611) afirmam que “entender a representação social da QV para as pessoas que vivem com o vírus da Aids significa contribuir enquanto conjunto teórico-metodológico, no entendimento de como os grupos absorvem e moldam seu mundo subjetivo nas relações sociais”.

Em relação à escassez de estudos que envolvem a QV, pessoas com HIV e suporte teórico e metodológico das representações sociais, um estudo relativamente recente de revisão integrativa publicado em 2016 reforça esta assertiva. No referido estudo, Hipólito; Oliveira; Gomes; Costa (2016) fizeram uma busca de produções nacionais e latino-americanas em portais e bibliotecas virtuais no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014, tendo como recorte temporal o período de 2000 a 2013.

O resultado revelou que apenas cinco estudos foram produzidos dentro do recorte temporal, sendo uma tese, uma dissertação e três artigos científicos. A área de predominância foi a Psicologia Social com três produções, seguida de um artigo na área de saúde pública e outro nas ciências médicas. Foi mencionado pelos autores que o baixo quantitativo de artigos serve como estímulo à realização de

pesquisas ou à publicação por parte dos pesquisadores e profissionais da área da saúde.

Por outro lado, nos últimos cinco anos (2015 a 2020), o Projeto Integrado “Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no estado do Rio de Janeiro”, coordenado pela professora e pesquisadora Dr.^a Denize Cristina de Oliveira, no qual a presente pesquisa está vinculada, vem realizando estudos (teses, dissertações e monografias) desta natureza. Neste contexto, pode-se destacar os estudos de Hipólito (2015), Domingues (2016), Santos (2016), Silva (2018), Silva (2018), Andrade, Figueiredo e Azevedo (2018), Cecílio (2019), Moraes (2019), Ribeiro (2020) e Antunes (2020).

Estes e outros estudos revelam os conteúdos e significados atribuídos à QV pelas pessoas que vivem com HIV, assim como fatores que influenciam ou interferem na constituição da representação deste objeto.

Hipólito (2015) ressalta a complexidade no que se refere à identificação da RS da QV de pessoas que vivem com HIV. Para este autor esta representação sofre grande influência da RS da própria doença. O autor chama atenção para a ancoragem de diversos elementos primordiais e definidores da RS da QV na aids, o que reforça a ideia de que as RS da QV não sejam autônomas diante da influência da RS da aids.

Silva et. al. (2015) afirmam que elementos psicossociais e clínicos são evidenciados como sendo importantes fatores para a RS da QV deste grupo social. Para estes autores diversos fatores influenciam de forma positiva e negativa neste processo representacional e, deste modo, a RS é determinada de fato a partir das condições de como os indivíduos vivem e se sentem. Assim, o fortalecimento de redes de apoio psicossocial e sua estabilidade referente a sua saúde são de fundamental importância para uma representação social positiva de sua QV.

Oliveira et al (2015) relatam que a QV de pessoas vivendo com HIV aids é representada positivamente para aqueles indivíduos que apresentam maior tempo de diagnóstico, possuem emprego e renda e praticam alguma religião. Em seu estudo, ficou evidenciado que fatores psicossociais são importantes para uma representação positiva da QV, corroborando com Silva et al (2015).

No estudo desenvolvido por Pimentel (2016), apoiado na abordagem estrutural das representações sociais, com a participação de 134 pessoas que vivem com HIV atendidas em três centros municipais de saúde do Rio de Janeiro, foi

observado que os conteúdos representacionais eram predominantemente positivos, sendo que a autora associou tal resultado ao perfil da população. Como possíveis elementos centrais foram identificados os termos cuidado, saúde e trabalhar. Na análise da autora, após o diagnóstico de soropositividade para o HIV, os indivíduos passaram a ter maior preocupação com o autocuidado para alcançar a QV. Quanto ao termo trabalhar, considera significar a necessidade de o grupo manter-se ativo e possuir atividade produtiva, como também poder estar associado à identidade pessoal e a aceitação social.

Também é evidenciado no estudo de Lessa et. al. (2015), o cuidado com a saúde, onde a RS da QV é caracterizada pela necessidade de uma alimentação adequada, o correto tratamento e a utilização de medicamentos. Neste estudo, aspectos sociais também são evidenciados como sendo importantes na representação do grupo, como o contexto familiar e as relações de trabalho, chamando a atenção mais uma vez para os fatores biopsicossociais na RS da QV deste grupo social.

Domingues (2017) identificou que a RS da QV das pessoas que vivem com HIV/aids em seu estudo é constituída sob a dimensão do cuidado da saúde. A boa alimentação constitui-se como sendo positiva frente a QV, e os elementos periféricos estão relacionados ao cuidado físico-corporal e ao cuidado com o outro. Assim observa-se a importância da saúde na RS da QV para este grupo social.

Cuidados de saúde, também são apresentados por Ribeiro (2020), como sendo elementos importantes para a RS da QV destes indivíduos. A boa alimentação mais uma vez é descrita como elemento principal na representação da QV das pessoas vivendo com HIV/aids (RIBEIRO, 2020).

A cronicidade da doença, bem como o estigma e preconceito que a infecção traz consigo, são também evidenciados como sendo fatores determinantes para uma percepção da QV de pessoas vivendo com HIV/aids. Para Jesus et. al. (2017), o preconceito e o estigma levam a pessoa que vive com HIV/aids à busca de contatos sociais íntimos e o fortalecimento das redes sociais, aspectos que são para os autores essenciais na percepção positiva de sua QV.

Cecilio (2019) chama a atenção para perspectiva temporal no que se refere a RS da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids. Para a autora, a perspectiva temporal interfere na autoavaliação da QV destes indivíduos, modulando sua compreensão sobre viver portando o vírus. Deste modo, o tempo de convivência

com a condição sorológica pode alterar a RS da QV, uma vez que há ancoragem desta RS nos estigmas trazido pela doença.

Diante do exposto, observa-se que no Brasil o estudo da RS da QV de pessoas que vivem com HIV/aids está muito relacionado aos fatores sociais e ao cuidado com a saúde. Observa-se que a RS positiva da QV está muito relacionada às relações sociais vivenciadas pelos indivíduos e ao bom estado de saúde.

No que se refere aos fatores sociais é evidenciado as relações familiares, a importância da religiosidade e a relação com o trabalho. A importância do cuidado com a saúde, é evidente em praticamente todos os trabalhos acessados, podendo assim ser dito que é basicamente o fator primordial para se alcançar a melhor QV. Outro fato que chama a atenção são as boas práticas alimentares, que na maioria dos estudos, são apontadas como importante elemento para o cuidado com a saúde.

3 METODOLOGIA

Esta seção trata do percurso metodológico, explicitando o cenário onde foi realizado o estudo, os participantes, o método utilizado para a coleta dos dados, assim como o manejo dos dados coletados para a compreensão do fenômeno estudado.

O presente estudo está inserido no 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 professora e pesquisadora Dr.^a Denize Cristina de Oliveira. Nesta pesquisa propõe-se compreender a representação social da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV residentes em municípios de pequeno porte.

Por se tratar de uma continuidade do projeto já em execução inserido no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ, alguns aspectos metodológicos foram previamente definidos no referido projeto Integrado, como os métodos e as técnicas de coleta e análise de dados. No entanto, com este trabalho inaugura-se a pesquisa de campo no cenário de municípios de pequeno porte situados na Região do Médio Paraíba do estado do Rio de Janeiro, complementando o projeto “Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro”.

3.1 Tipo e abordagem do estudo

Optou-se por realizar uma pesquisa do tipo descritiva de natureza qualitativa apoiada na Teoria das Representações Sociais, no âmbito da sua abordagem estrutural.

Caracteriza-se como uma pesquisa descritiva por buscar especificar as características do grupo estudado e a constituição da representação social acerca

da qualidade de vida. De acordo com Gil (2002), este tipo de pesquisa tem por objetivo principal o estudo das características de um grupo ou do fenômeno, assim como o estabelecimento de relações entre variáveis.

O propósito do pesquisador na pesquisa descritiva, de acordo com Sampieri, Colado e Lucio (2013, p. 102) é:

[...] descrever fenômenos, situações, contextos e eventos, ou seja, detalhar como são e se manifestam [...] buscam especificar as propriedades, as características e os perfis de pessoas, grupos, comunidades, processos, objetos ou qualquer outro fenômeno que se submeta a uma análise.

A abordagem qualitativa se adequa ao estudo na medida em que se pretende apreender as representações sociais do grupo, constituídas por significados, crenças, conhecimentos, imagens, posicionamentos e julgamentos que são construídos dentro de um contexto social. Esta compreensão encontra apoio em Denzin e Lincoln (2000), ao afirmarem que os pesquisadores que adotam esta abordagem enfatizam a construção social da realidade, procurando respostas para questões relacionadas à experiência social, na forma como ela é criada e como ela é significada.

Considera-se que esta abordagem também é recomendada pelo fato de se explorar um tema que não foi pesquisado no grupo social que participa do estudo, conforme asseveram Sampieri, Colado e Lucio (2013), ou seja, com pessoas que vivem nos municípios de pequeno porte da periferia do estado do Rio de Janeiro.

Ainda sobre este tipo de abordagem, Minayo (2007, p. 57) afirma que:

[...]se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Na mesma linha de raciocínio, Sampieri, Colado e Lucio (2013) consideram que o enfoque qualitativo é escolhido quando o pesquisador busca compreender a perspectiva dos participantes sobre fenômenos que os rodeiam, o aprofundamento em suas experiências, opiniões, e significados, ou seja, a maneira como os indivíduos percebem subjetivamente sua realidade.

Optou-se pela abordagem estrutural das representações sociais pelo fato de poder apreender os conteúdos, como estão organizados e buscar entre eles os que dão significado à representação da QV.

De acordo com Abric (2000; 2003), a organização de uma representação social se constitui em torno de um núcleo central formado por um ou mais elementos (palavras e expressões) que dão significado à representação. Afirma ainda, que este núcleo é determinado pelo tipo e pela natureza do objeto representado, pelos tipos de relações que o grupo mantém com este objeto e pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o ambiente ideológico do grupo.

Face ao exposto, esta abordagem está alinhada à proposta do estudo de modo a propiciar o atendimento dos objetivos delineados para o mesmo.

3.2 Cenário do estudo

Como cenários do estudo, optou-se por realizar a pesquisa nos ambulatórios de atendimento as pessoas vivendo com HIV/aids nos programas municipais de IST/aids e hepatites virais nos municípios de pequeno porte da Região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro.

A Região do Médio Paraíba está localizada no Sul Fluminense, é composta por 12 municípios, são eles: Barra Mansa, Barra do Piraí, Itatiaia, Piraí, Pinheiral, Porto Real, Quatis, Rio das Flores, Rio Claro, Resende, Valença e Volta Redonda. Destes municípios, três são considerados de médio porte (Barra Mansa, Volta Redonda e Resende) e os demais de pequeno porte, conforme pode ser observado no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1: Municípios da região Médio Paraíba com a distribuição populacional e do número de casos notificados de indivíduos com HIV/aids, 2020.
(Continua)

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	CASOS HIV/AIDS NOTIFICADOS 1980 a 2018
Estado do Rio de Janeiro	17.1599.60	124.598

Quadro 1: Municípios da região Médio Paraíba com a distribuição populacional e do número de casos notificados de indivíduos com HIV/aids, 2020. (conclusão)

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	CASOS HIV/AIDS NOTIFICADOS 1980 a 2018
Municípios Reg. Médio Paraíba	Médio Porte	
BARRA MANSA	183976	862
RESENDE	130334	399
VOLTA REDONDA	271998	1348
	Pequeno Porte	
BARRA DO PIRAÍ	99969	275
PINHEIRAL	24941	58
PIRAÍ	24941	117
ITATIAIA	31537	78
PORTO REAL	19381	36
QUATIS	14165	29
RIO CLARO	18451	23
RIO DAS FLORES	9222	12
VALENÇA	76163	209
MÉDIO PARAÍBA	905078	3446

Fonte: <http://indicadores.aids.gov.br/>

Cabe destacar que são considerados municípios de pequeno porte, aqueles que possuem população até 100.000 habitantes. Já os de médio porte possuem população de 101.000 Habitantes a 500.000 habitantes, e os de grande porte, que possuem sua população acima de 501.000 habitantes (IBGE, 2010).

Para o estudo optou-se, inicialmente, pelos municípios de Barra do Piraí, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Rio Claro e Rio das Flores, uma vez que estes municípios se apresentam classificados como sendo de pequeno porte e possuem ambulatório de IST/aids bem estruturado para receber a pesquisa. No entanto, em função da Pandemia da COVID-19 (doença do coronavírus) causada pelo SARS-CoV-2, a coleta de dados só foi possível nos municípios de Rio Claro, Piraí, Itatiaia e Porto Real.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo são pessoas que vivem com HIV ou aids em seguimento terapêutico nos programas municipais dos municípios de pequeno porte da Região do Médio Paraíba eleitos para o estudo.

A amostra foi composta de 80 participantes, que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: estar no atendimento ambulatorial do programa no momento da coleta de dados, aguardando consulta, informações ou exames, durante o período de coleta de dados; ter idade igual ou maior a 18 anos; ter sorologia positiva para HIV; e ser morador de município da Região do Médio Paraíba considerado de pequeno porte. Os participantes estão distribuídos por município da seguinte forma: Barra do Pirai (1), Itatiaia (16), Pinheiral (8), Piraí (26), Porto Real (8), Quatis (8), Rio Claro (12) e Rio das Flores (1). Observa-se que há representação de oito municípios na amostra, o que é justificado pelo fato de na região haver migração de um município para outro, de modo a conter a exposição, frente ao fato de todos se conhecerem em seus municípios de origem.

Cabe ressaltar que a princípio, pensou-se em uma distribuição igualitária entre os participantes por município, porém em decorrência da pandemia, esta divisão não foi possível. O município de Piraí foi o que manteve seu ambulatório por um maior período de tempo atendendo a este público, o que possibilitou maior acesso aos participantes, sendo também o município com maior atendimento de pacientes provenientes de outros serviços da região.

Adotou-se amostragem do tipo não probabilística, de conveniência, escolhida a partir de informações disponibilizadas pelos programas municipais do quantitativo de clientes em seguimento compondo o universo de estudo.

As pessoas foram convidadas a participar da pesquisa conforme sua presença nos ambulatórios de atendimento dos programas municipais e durante os períodos estabelecidos para a coleta dos dados até completar o número estabelecido para a amostra. Nos casos em que ocorreram desistência para participação, novos indivíduos foram convidados em substituição, até a totalização da amostra, caracterizando-se como amostra com substituição.

Convém destacar que se estimou, inicialmente, um quantitativo maior de participantes para este estudo. No entanto, com o avanço da pandemia da Covid-19 e, conseqüentemente, com a necessidade de distanciamento social, interrompeu-se a busca por novos participantes nos cenários do estudo.

3.4 Técnicas e procedimentos da coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos, um interrogativo, com o uso do questionário e um associativo, com a técnica da associação livre de palavras, sendo os respectivos instrumentos oriundos do Projeto Integrado conforme pontuado anteriormente.

O questionário foi o instrumento utilizado para a obtenção dos dados socioeconômicos e clínicos (ANEXO I), contendo 21 questões, sendo 15 fechadas e 6 abertas. O uso desse tipo de instrumento nos estudos das representações sociais encontra apoio em Gomes e Oliveira (2015), quando afirmam que permitem incluir aspectos quantitativos na análise de conteúdo referentes ao caráter social, tais como destacar os aspectos explicativos ou discriminantes dentro ou entre uma população, ou, ainda, obter e alocar as posições dos grupos em relação aos fatores explicativos.

Conforme mencionam Lakatos e Marconi (2016), é um instrumento de coleta de dados construído com uma série ordenada de perguntas que devem ser autopreenchidas por escrito e sem a presença do entrevistador.

Na estrutura do questionário, as questões fechadas são as que contêm categorias ou opções de resposta, ou seja, as respostas são definidas previamente, e as abertas são aquelas onde não se delimitam as alternativas de resposta, por não existir informação suficiente para defini-las, conforme mencionam Sampieri, Colado e Lucio (2013). As variáveis socioeconômicas são: sexo, idade, cidade de residência, escolaridade, renda pessoal, profissão/ocupação, situação de emprego, estado marital e orientação religiosa. As variáveis clínicas incluem: tempo de diagnóstico para HIV, tempo que tem aids, forma de infecção pelo HIV, uso de

antirretroviral, estágio atual da doença, alterações pelos medicamentos, uso de preservativo e autoavaliação da saúde.

Para a obtenção dos conteúdos que constituem a representação social do grupo estudado, foi empregada a técnica de evocação livre de palavras, também conhecida como associação livre de palavras.

A técnica foi inspirada nos testes projetivos que tiveram sua origem na Psicologia Clínica, passando por retraduições para sua incorporação à Psicologia Social. Apesar de ser também baseada numa produção verbal, permite reduzir as dificuldades e os limites das expressões discursivas habitualmente utilizadas nas pesquisas de representações sociais. Assim, possibilita a apreensão do conteúdo semântico de forma rápida e objetiva, diferenciando-se de outras técnicas de coleta de dados, como a entrevista e o questionário (OLIVEIRA et al., 2005).

Conforme afirmam Gomes e Oliveira (2015, p.361), é “uma técnica bastante proveitosa para a coleta dos elementos constitutivos do conteúdo das representações, o que explica sua utilização sistemática em várias pesquisas”.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a março de 2020, após entendimentos com as equipes dos cenários escolhidos, que providenciaram local para a aplicação dos instrumentos aos participantes, especialmente para a coleta das evocações livres.

Ao abordar os possíveis participantes, era explicado o propósito do estudo e os procedimentos de coleta. Após essa etapa, era solicitada aos mesmos a leitura do Termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO II) e a sua assinatura, sendo uma via entregue a eles. Inicialmente era solicitado o preenchimento do questionário e na sequência, realizava-se a técnica de evocação livre que consistiu em solicitar aos participantes que falassem cinco palavras ou expressões que lhes vinham à mente a partir do termo indutor “qualidade de vida”.

Os produtos das evocações foram registrados em um formulário estruturado (ANEXO III), o qual foi aplicado individualmente e preenchido pelo entrevistador, tendo em vista propiciar uma captação mais espontânea e livre das palavras ou expressões enunciadas pelos participantes.

Os instrumentos foram numerados observando a sequência de 3001 a 3080, mantendo para cada participante a mesma numeração no questionário e no formulário de evocação livre de palavras.

3.5 Tratamento e análise dos dados

3.5.1 Análise dos dados do questionário

Os dados das variáveis presentes no questionário foram organizados em uma planilha do *software Excel* com programação para os cálculos das frequências absolutas e relativas. Estes resultados foram organizados em tabelas com a distribuição de frequências para a realização da descrição e análise exploratória das variáveis, dando um panorama dos perfis social, demográfico e clínico do grupo de participantes do estudo.

Assim, os resultados foram analisados à luz da estatística descritiva, conforme assinalado por Barbeta (2001), considerando que foram organizados e apresentados em tabelas com distribuição de frequências simples e relativas, com realização de análise exploratória de dados, com posterior interpretação e descrição dos mesmos.

3.5.2 Análise das evocações livres de palavras

3.5.2.1 Análise prototípica

A análise do material coletado por meio da técnica de evocações livres de palavras foi realizada pela análise prototípica também chamada de técnica do

quadro de quatro casas com o auxílio do *software* denominado *EVOC* (*Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*) – versão 2005, desenvolvido por Pierre Vergès (2006), o qual permite a organização das evocações produzidas de acordo com as suas frequências e com a ordem de evocação gerando, na sua etapa final, o quadro de quatro casas, onde são distribuídas as palavras ou expressões do núcleo central, da primeira e segunda periferias e da zona de contraste (OLIVEIRA et al., 2005). Trata-se de uma das técnicas mais difundidas para caracterização estrutural de uma representação social, conforme assinalam Wachelke e Wolter (2011).

Para proceder a análise prototípica com auxílio do *EVOC* 2005, realizou-se previamente alguns procedimentos específicos em cumprimento aos requisitos do referido programa, conforme mencionado por Oliveira et al. (2005), descritos a seguir:

- Digitação de todas as palavras e expressões evocadas, na maneira e na ordem em que foram citadas pelos participantes, em formato Word;
- Correção ortográfica das palavras e dos termos evocados reduzindo as frases e expressões, unindo-as com o hífen, para serem processadas pelo *software*;
- Padronização das palavras e dos termos evocados para torná-los homogêneos, garantindo a manutenção do sentido final expresso pelos participantes, para serem identificados pelo *software* como sinônimos;
- Elaboração do dicionário de padronização das evocações com a finalidade de manter o conteúdo semântico expresso pelos participantes, reduzindo sua dispersão;
- Construção do *corpus* de análise, em formato Word, com a numeração de identificação dos participantes.

Após estes procedimentos, o arquivo com o *corpus* foi transformado em formato “somente texto” e inserido no *EVOC*. Durante o processamento, em uma das etapas do *software*, foi necessário definir a frequência mínima, ou seja, definir qual a menor frequência das palavras evocadas e, em função disso, calculou-se a frequência média de evocação, inserindo esses dados para a finalização da análise e a elaboração do quadro de quatro casas.

O *EVOC*, conforme mencionam Oliveira et al (2005, p.581) “calcula e informa a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada, a média ponderada de ocorrência de cada palavra em função da ordem de evocação e a média das ordens

médias ponderadas do conjunto dos termos evocados”, fornecendo, então, ao final, o quadro de quatro casas.

Na organização e distribuição dos elementos no quadro de quatro casas, somente os termos com frequência maior ou igual à frequência mínima estabelecida foram dispostos na estrutura representacional. Tendo em vista que a operacionalização do programa considera a frequência e a ordem de evocação, as palavras e expressões cujas frequências foram maiores ou iguais à frequência média e o valor da ordem média de evocações (rang) foi inferior ao da média das ordens médias de evocação (rang), ficaram no quadrante superior esquerdo do quadro, ou seja, no núcleo central. Aquelas cuja frequência foi menor que a frequência média e com valor da ordem média de evocação também inferior ao da média das ordens médias de evocação ficaram no quadrante inferior esquerdo, denominado zona de contraste. As palavras com frequência maior que a frequência média e com rang maior que a média das ordens médias de evocação foram posicionadas no quadrante superior direito, isto é, na primeira periferia; aquelas com frequência menor que a frequência média e o rang maior que a média das ordens médias de evocação foram posicionadas no quadrante inferior direito, ou seja, na segunda periferia. A ilustração desta distribuição e organização pode ser observada na Figura 1, a seguir.

Figura 1: Esquema da estrutura do quadro de quatro casas. Rio de Janeiro/RJ, 2020

Média das Ordens médias ponderadas das evocações						
Rang <				Rang >= 3,0		
Freq Média >=	Núcleo Central	freq	Ordem média de evocação	Primeira periferia	freq	rang
	Conteúdos			Conteúdos		
Freq Média <=	Zona de contraste			Segunda periferia		
	Conteúdos			Conteúdos		

Fonte: O autor, 2020

A interpretação dos dados da análise prototípica foi realizada com base nos pressupostos teóricos da Teoria das Representações Sociais e de sua abordagem complementar, ou seja, a Teoria do Núcleo Central, conforme proposta por Abric (2000; 2003). De acordo com Sá (2002) e Abric (2003) a análise empregada permite evidenciar os conteúdos que, provavelmente, pertencem ao núcleo central da representação, e possivelmente são os elementos representacionais do grupo.

3.5.2.2 Análise de Similitude

Com os conteúdos presentes na análise prototípica desenvolveu-se outra técnica de análise de dados também relacionada à Teoria do Núcleo Central das representações sociais, denominada análise de similitude.

Esta técnica de análise averigua a quantidade de conexões que uma palavra ou expressão mantém com as outras evocadas, por meio do cálculo dos índices de similitude entre os conteúdos mais frequentemente evocados. Isto resulta em uma árvore máxima, que sintetiza graficamente o conjunto das conexões existentes entre os conteúdos da representação social do grupo (PECORA; SÁ, 2008; PONTES; OLIVEIRA; GOMES, 2014).

Conforme assinala Moliner (1994), a centralidade de um componente representacional se dá porque o mesmo mantém uma ligação privilegiada com o objeto de representação, a qual seria, essencialmente, de natureza simbólica, resultante de aspectos históricos e sociais que condicionaram a elaboração da construção da própria representação.

A quantificação das ocorrências conjuntas de pares de elementos permite obter uma matriz de similitude, a partir da qual se efetiva a aplicação da fórmula matemática enunciada. Após a definição dos índices de similitude entre as cognições relacionadas ao objeto de representação social analisado, procede-se à construção da denominada árvore máxima, cujo princípio subjacente refere-se à teoria dos grafos (MOLINER, 1994; SÁ, 2002).

Para o desenvolvimento da técnica utilizou-se o *corpus* com as evocações produzidas pelos participantes, como desenvolvido por Pecora (2007) e Pecora e Sá

(2008), sendo, portanto, considerados para a construção da árvore de similitude apenas os elementos que figuraram no quadro de quatro casas da análise prototípica.

Foram realizados os seguintes procedimentos até a construção da árvore máxima de similitude:

- Identificação do número de coocorrências somente entre aquelas palavras ou expressões constantes no quadro de quatro casas. Foram considerados válidos, apenas os elementos dos participantes que evocaram, ao menos, dois termos do referido quadro;
- Elaboração do quadro de coocorrência, demonstrando o número de vezes que duas palavras fizeram ligações;
- Realização do cálculo do índice de similitude, com a aplicação da fórmula “Similitude = $E0 / n$ ”, isto é, dividir o número de coocorrências identificadas entre cada par de itens pelo número total de participantes em que as mesmas se fizeram presentes nas evocações livres, conforme orientação de Pecora (2007);
- Montagem do quadro de similitude com os índices oriundos dos cálculos mencionados no item anterior;
- Construção da árvore máxima, iniciando pelas ligações do maior valor do índice de similitude.

Na interpretação deste resultado considerou-se o número de ligações que cada palavra ou expressão estabeleceram, bem como os valores das ligações entre elas, buscando compreender a associação entre os conteúdos que compõem a representação social da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV, obtendo, então, uma segunda indicação do possível núcleo central da representação em tela.

4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Foram considerados todos os imperativos éticos estabelecidos para a realização de pesquisas, observando-se desta maneira o que preconiza a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que aponta as diretrizes e normas da pesquisa envolvendo seres humanos, no país; no que coube, a Resolução 510 de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais; e a Resolução 580 de 22 de março de 2018, que regulamenta as especificidades éticas nas pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim sendo, foram observados o anonimato e a autonomia dos participantes da pesquisa, com a livre possibilidade de desistência de sua participação em qualquer tempo do estudo, sem qualquer prejuízo para si, a ausência de ônus ou bônus, assegurados pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram considerados também os princípios da beneficência e não maleficência, observando-se que a condução do estudo proporcionou maior benefício não sendo evidenciados malefícios aos participantes. Esperava-se haver algum tipo de constrangimento do participante durante a coleta de dados, porém não foi verificado tal ocorrência.

Conforme já pontuado anteriormente, o presente estudo é uma continuidade do Projeto Integrado intitulado “Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/Aids no Estado do Rio de Janeiro” estando amparado pela autorização do Projeto ao qual está vinculado.

Assim, o projeto Integrado foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sendo aprovado sob o número 1.157.587, (ANEXO IV).

Obteve-se também a carta de anuência das Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios envolvidos no estudo (ANEXO V)

O autor assumiu o compromisso em retornar aos participantes e às Secretarias Municipais de Saúde os resultados e conclusões do estudo.

5 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 Resultados dos dados socioeconômicos e clínicos

Nesta seção serão apresentados e descritos os dados socioeconômicos e clínicos de todo grupo estudado, que corresponde a 80 pessoas vivendo com HIV em acompanhamento nos Serviços de Atenção Básica. Estes dados são oriundos do questionário e foram analisados estatisticamente por meio de distribuição absoluta e relativa, com auxílio do *software* Excel. Os resultados serão apresentados em tabelas, sendo primeiramente os de natureza socioeconômica e na sequência os de natureza clínica.

5.1.1 Descrição dos dados socioeconômicos

Tabela 1- Distribuição dos participantes do estudo, por sexo. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Sexo	f	%
Masculino	46	57,5
Feminino	34	42,5
Total	80	100

Fonte: O autor, 2020.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes por sexo, onde se observa que a maioria (57,5%) é do sexo masculino.

A Região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro apresentou uma particularidade em relação a estudos com grupos semelhantes realizados no Estado do Rio de Janeiro, como o de Ribeiro (2020), Souza (2020) e Sampaio (2018), entre outros. A Região apresenta uma característica diferenciada no que se refere a distribuição por sexo, haja vista que é observado uma diferença discreta (15%) de participantes do sexo masculino e feminino, diferente dos estudos mencionados nos quais há diferença considerável entre os sexos dos participantes.

Sampaio (2018), em seu estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, apresentou uma diferença entre os sexos de 63,4%, sendo o sexo masculino predominante, com 81,7% dos entrevistados. De forma semelhante, o estudo de Silva (2018) realizado igualmente no município do Rio de Janeiro, também apresentou uma diferença que chega a 64,8% entre os sexos masculino e feminino, com predominância masculina de 82,4%.

Em estudo realizado no ano de 2016 por Trindade et al (2019) em Montes Claros/MG, um município com população um pouco acima de 300.000 habitantes, sendo considerada assim de médio porte e localizada no interior do estado mineiro, a distribuição por sexo apresenta-se muito semelhante ao estudo da Região do Médio Paraíba, neste estudo 59,8% da população estudada foi composta por homens e 40,2% por mulheres (TRINDADE et al, 2019).

O estudo foi realizado em municípios de pequeno porte com características interioranas, o que pode justificar a maior adesão de mulheres ao tratamento, diferentemente ao que é visto em municípios de porte maior e mais juntos à capital.

No período de coleta de dados observou-se que muitas mulheres foram captadas no serviço de pré-natal e assim fizeram boa adesão ao tratamento e uma melhor vinculação com a unidade de saúde. Também se observa que muitas destas mulheres afirmam ser do lar, sem vínculo empregatício, o que também facilita seu acesso ao serviço de saúde.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo por faixa etária. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020. (continua)

Faixa etária	f	%
18 a 29	15	18,8
30 a 39	30	37,5

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo por faixa etária. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020. (conclusão)

40 a 49	18	22,5
50 a 59	11	13,7
60 a 69	6	7,5
Total	80	100

Fonte: O autor, 2020.

Quanto à distribuição por faixa etária, a Tabela 2 evidencia que a faixa etária com maior frequência de participantes é a de 30 a 39 anos (37,5%) e aquela com menor ocorrência é a de 60 a 69 (7,5). Outro dado relevante diz respeito ao fato de a maior concentração de pessoas encontra-se entre de 30 a 49 anos, o que corresponde a 48 pessoas, ou seja, 60% do total do grupo estudado.

No entanto, de acordo com a tendência nacional, o estudo realizado na Região do Médio Paraíba/RJ, também apresenta uma concentração considerável de casos em populações jovens, incluindo pessoas com idade inferior a 40 anos, correspondendo 56,25% do total do grupo com uma maior concentração de casos na população entre 30 e 39 anos, conforme pontuado anteriormente.

No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico 2019 (BRASIL, 2019), a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, sendo esta população responsável por 52,7% dos casos.

Estudos como de Silva (2018) e Sampaio (2018), realizados na cidade do Rio de Janeiro, apresentam dados diferenciados dos apresentados na Região do Médio Paraíba, o que pode caracterizar mais uma particularidade da região de municípios de pequeno porte em relação à metrópole do estado. Os dados apresentados respectivamente nos dois estudos apontam uma menor concentração na população na faixa etária inferior a 40 anos estudada (47% e 42,8%, respectivamente), diferentemente da Região do Médio Paraíba que apresenta uma população mais jovem vivendo com o vírus superior a 50%.

Trindade et al (2019), em estudo realizado na cidade de Montes Claros/MG - cidade de médio porte - também apresenta a tendência da infecção em população jovem com 31,5% do público estudado na faixa etária inferior a 29 anos e 31,9% nos indivíduos entre 30 a 39 anos, somando assim 63,4% dos indivíduos infectado sendo jovens e/ou adultos jovens com idade inferior a 50 anos de idade.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes do estudo por escolaridade. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro 2020.

Escolaridade	f	%
Médio Completo	33	41,25
Fundamental Incompleto	20	25,0
Médio Incompleto	14	17,5
Fundamental Completo	7	8,75
Superior Completo	6	7,5
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

Em relação ao nível de escolaridade, os resultados são apresentados na Tabela 3, onde se observa que os participantes da Região em sua maioria apresentam baixa escolaridade. Verifica-se que 25% dos indivíduos não possuem ensino fundamental completo e 17,5% não concluíram o ensino médio, bem como, apenas 7,5% declaram ter concluído o ensino superior.

No estudo realizado em Montes Claros/MG, os dados são semelhantes à Região do Médio Paraíba, onde 20,2% dos entrevistados não possuem mais de 8 anos de estudo, e 15,1 estudaram entre 9 a 11 anos (TRINDADE et al, 2019)

Nos estudos realizados no município do Rio de Janeiro os resultados mostram um nível de escolaridade melhor do que na Região do Médio Paraíba. Silva (2018) demonstra que 47,1% da sua população estudada apresentavam ensino superior completo e no estudo de Sampaio (2018), que utilizou o mesmo cenário 32,7% também possuía ensino superior completo.

Portanto, percebe-se também que ambos os cenários apresentam a maior concentração de indivíduos infectados que afirmam possuir ensino médio completo. Na Região do Médio Paraíba 41,25% afirmam esta característica, no estudo de Silva (2018) 35,3% e no estudo de Sampaio (2018) 44,4% são indivíduos com este grau de instrução.

De um modo geral, os estudos apresentam diferenças no que diz respeito ao grau de instrução, onde na Região Metropolitana o acesso à educação é mais disponível que na Região do Médio Paraíba, o que pode justificar esta diferença.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes do estudo por qualificação profissional. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Qualificação Profissional	f	%
Sem qualificação Profissional	69	86,25
Qualificação Nível Superior	6	7,5
Qualificação Médio Técnico	5	6,25
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

Quanto à qualificação profissional, a tabela 4 evidencia que a maior parte dos participantes (86,25%) não possui qualificação para o trabalho. Uma pequena parcela, que corresponde a 7,5% apresenta qualificação de nível superior.

Verifica-se uma relação direta entre o grau de escolaridade e a qualificação para o trabalho no presente resultado. Na Região do Médio Paraíba/RJ observa-se uma quantidade discreta de indivíduos qualificados para o mercado de trabalho que exija uma formação técnica mais qualificada.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes do estudo por situação de emprego. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Situação de Emprego	f	%
Empregado/Trabalhando	45	56,25
Desempregado	15	18,75
Aposentado	11	13,75
Nunca trabalhou	9	11,25
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

Em relação à situação de emprego, a tabela 5 mostra que 56 indivíduos, o que corresponde a 70%, apresentam ou apresentaram vínculo laboral, sendo 56,25 empregados e 13,75 em situação de aposentadoria. No entanto, o estudo mostra que 30% dos participantes não estão inseridos no mercado de trabalho, sendo que destes 18,75% encontram-se desempregados e 11,25% nunca trabalharam. Este resultado marca um diferencial, quando comparado com os estudos realizados na metrópole do estado. No estudo de Silva (2018), 82,40% dos participantes estavam

empregados/trabalhando, o de Sampaio (2018) também apresenta 71,7% dos participantes nesta mesma situação empregatícia.

São relatados por Vieira (2018) os prejuízos que a condição de estar portando HIV traz para a carreira e para as oportunidades no trabalho. Segundo o autor, as consequências relatadas pelos participantes do seu estudo, quando participam sua condição sorológica, são desastrosas, mesmo quando o sujeito HIV positivo não vivencia o estigma da doença no trabalho, pois ele antecipa emocionalmente a possibilidade de experimentar tal situação prejudicando sua relação no trabalho.

Analisando os dados apresentados e comparando-os com a região metropolitana, podemos atribuir a maior concentração de indivíduos fora do mercado de trabalho na Região do Médio Paraíba a dois fatores principais. O primeiro diz respeito à oferta de oportunidades de trabalho, que é menor nestas regiões; o segundo refere-se ao estigma em torno da doença, pois municípios de menor porte tornam os indivíduos mais expostos ao conhecimento de sua condição sorológica e, conseqüentemente, podem prejudicar seu desempenho na busca do mercado de trabalho.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes do estudo segundo o estado marital. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Estado Marital	f	%
Solteiro/não possui namorado ou companheiro fixo	27	33,75
Casado(a)/vive com companheiro fixo	22	27,5
Possui companheiro(a) fixo, mas não vive com ele(a)	21	26,25
Viúvo(a)	10	12,5
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

Quanto ao estado marital, a Tabela 6 evidencia que neste estudo uma parcela considerável dos participantes (33,75%) se intitula solteira e 12,5% viúvo(a), totalizando 49,5% de indivíduos que relatam não possuir relacionamento marital. Já a maioria (53,75%) afirma possuir algum tipo de relacionamento afetivo.

Ao comparar os dados do estado marital com os dados de outros estudos, como o de Okuno et al. (2014) e Galvão et al. (2014) onde, respectivamente, 51,3% e 73,3% dos participantes eram solteiros(as), observa-se que nestas populações apresentam dados muito semelhantes. Outra observação pertinente da região em análise, e que vem ao encontro com estudos no que se refere às relações maritais é o fato da maioria dos participantes não possuírem estabilidade neste tipo de relação, pois 60% dos participantes do estudo são solteiros ou não vivem com seus parceiros (as).

Tabela 7 - Distribuição dos participantes do estudo pelos grupos sociais com os quais residem. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Pessoas com quem residem	f	%
Família	52	65,0
Sozinho	26	32,5
Outros	02	2,50
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

Na tabela 7 observa-se que a maioria dos participantes do estudo mora com sua família (52, 65%). Os dados comparativos com os estudos da cidade do Rio de Janeiro, apresentam a mesma tendência demonstrada pela Região do Médio Paraíba.

Para Sampaio (2018), o fato da pessoa com HIV não morar só é um fato importante para a manutenção de sua qualidade de vida. Apoiado em Oliveira et al. (2015), o autor relata que a convivência no ambiente residencial fortalece as relações sociais e emocionais destes indivíduos.

Silva (2018) chama a atenção sobre a importância das relações sociais para manutenção da qualidade de vida, reafirmando a relevância das pessoas com HIV não estarem vivendo só.

Tabela 8 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a renda. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Renda	f	%
Sem renda	12	15,0
Até R\$ 1.044,00	6	7,5
R\$ 1.045,00 a 2.089,00	39	48,75
R\$ 2.090,00 a 3.135,00	19	23,75
Superior a R\$ 3.136,00	4	5,0
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

Em relação à renda média mensal, a maioria dos participantes da Região do Médio Paraíba relata ter uma renda média em torno de 1 a 2 salários mínimos, entendendo que o salário mínimo praticado no período de realização do estudo foi de R\$ 1.045,00 (Um mil e quarenta e cinco reais), que corresponde a 48,75%, conforme pode ser observado na Tabela 8. Chama a atenção os participantes que relatam não possuir renda (15%) e são representados, em sua grande maioria, por mulheres que afirmam serem casadas ou terem parceiros fixos. Este resultado também guarda relação de proximidade com o quantitativo de participantes que informaram estar desempregados (18,75%). Observa-se também haver uma parcela dos indivíduos, não muito expressiva (7,5%), que relata renda de até 1 salário mínimo. Este grupo é composto por pessoas que não possuem vínculo formal de trabalho ou que afirmam possuir alguma renda de programas sociais, como Bolsa Família.

Quando se compara a renda mensal média da Região do Médio Paraíba com outras Regiões do estado, observa-se que nos estudos realizados na cidade do Rio de Janeiro (cidade de grande porte) e Cidade de Macaé (cidade de médio porte), cada cenário apresenta uma característica própria. Porém, chama à atenção o fato de em todos eles haver participantes que relatam não possuir rendas. Observam-se no grande centro, tanto nos estudos de Silva (2018) quanto de Sampaio (2018), que menos de 10% dos participantes relatam não possuírem renda. Já Macaé (cidade de médio porte), no estudo apresentado por Ribeiro (2020) e neste estudo da Região do Média Paraíba (composta por cidades de pequeno porte) esta população estar em torno dos 15%.

Outro dado importante a ser observado, refere-se aos indivíduos que relatam renda acima de 3 salários mínimos. Nos estudos realizados no Rio de Janeiro, Silva (2018) relata que 44,1% dos participantes possuíam salário superior a 3 salários mínimos e no de Sampaio (2018) 29,4% de sua população se enquadra neste perfil. No entanto, o estudo de Ribeiro (2020) apresenta 9,7% de seus participantes com renda salarial acima de 3 salários mínimos e, como demonstrado na Tabela 8, a Região do Médio Paraíba possui apenas 5% dos participantes com esta característica. Este resultado é compatível com o nível de escolaridade e a situação de emprego dos participantes deste estudo. Deste modo, é nítido que o grande centro apresenta uma maior renda salarial que cidades menores.

Tabela 9 - Distribuição dos participantes do estudo segundo sua orientação religiosa. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Orientação Religiosa	f	%
Evangélica	24	30,00
Católica	22	27,50
Crê em Deus, mas não possui Religião	13	16,25
Umbanda ou Candomblé	9	11,25
Kardecista/Espírita	7	8,75
Não crê em Deus	3	3,75
Outras	2	2,50
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

No que se refere à orientação religiosa, observa-se na Tabela 9 que no grupo estudado há predominância de evangélicos (30%). O catolicismo é a segunda religião mais praticada (27%); as religiões de matriz africana representam a terceira prática religiosa do grupo estudado, correspondendo a 11,2% dos participantes e o Kardecismo é professado por, apenas, 8,7% dos participantes.

Há que se destacar, ainda, que uma parcela não muito expressiva (13,2%), afirma não professar nenhuma religião, apesar de acreditar em Deus.

Nos estudos citados anteriormente, observa-se uma tendência crescente da prática religiosa pentecostal evangélica. Somente no estudo de Sampaio (2018), no Rio de Janeiro (cidade de grande porte), observa-se uma predominância católica (32,2%) e no estudo de Ribeiro (2020), na cidade de Niterói, os dados referentes à prática do catolicismo e de religiões evangélicas estavam equiparados (29,2% e 31,7% respectivamente).

No que se refere à prática do Kardecismo e das religiões Afrodescendentes, os dados do Médio Paraíba são muito semelhantes aos das cidades de grande porte (Rio de Janeiro e Niterói), haja vista que na Região 19,9% afirmam esta prática, sendo no Rio de Janeiro 17,8% (SAMPAIO, 2018) e 16,8% (RIBEIRO, 2020).

Tabela 10 - Distribuição dos participantes do estudo segundo fonte de informação sobre HIV/aids. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Busca da fonte de informação	f	%
Internet e Profissional de Saúde	34	42,5
Serviços Profissionais	31	38,75
TV, Internet e Profissional de Saúde	9	11,25
Internet	3	3,75
Rádio	1	1,25
Conversa	1	1,25
TV, Internet, Jornal e Profissional de Saúde	1	1,25
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

*Para melhor compreensão desta análise, optou-se por apresentar as respostas agrupadas, uma vez que o instrumento de coleta de dados permitia assinalar mais de uma alternativa.

Referente às fontes de informação acerca do HIV/Aids, a Tabela 10 evidencia que os participantes do estudo obtêm maior informação pela internet e com profissionais de saúde (42,5%) e dos Serviços profissionais (38,7%). Esses dados mostram-se positivos e refletem em certa medida a atuação e o comprometimento dos serviços de saúde junto à esta clientela no que tange a mantê-la informada acerca do vírus e da doença.

No estudo de Souza com pessoas que vivem com HIV no município do Rio de Janeiro, esses participantes afirmaram que os meios sociais (35%) e os meios científicos/profissionais de saúde (34,4%) são as principais fontes de informação

acerca do HIV/Aids. A terceira fonte mencionada foram os sites em geral da internet, evidenciando a expansão do acesso as redes da internet como meio de comunicação que muitas vezes é complementar às informações dos serviços de saúde. No presente estudo verifica-se que este tipo de fonte é pouco usual pelos participantes, haja vista que somente 3,75% afirmaram usá-la.

5.1.2 Descrição dos dados clínicos

Tabela 11 - Distribuição dos participantes do estudo segundo tempo de conhecimento da condição sorológica. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Tempo de conhecimento da condição sorológica	f	%
Menos de 1 ano	3	3,75
1 a 5 anos	30	37,5
6 a 10 anos	25	31,25
11 a 15 anos	11	13,75
16 a 20 anos	6	7,5
Mais de 20 anos	5	6,25
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

Referente ao tempo de diagnóstico, observa-se no estudo que a maioria dos participantes conhece sua condição sorológica entre 1 e 5 anos (37,5%), sendo os que sabem que vivem com vírus entre 6 a 10 anos a segunda parte mais frequente (31,25%). Estas duas categorias juntas evidenciam que os indivíduos com menos de 10 anos de diagnóstico constituem a maior parcela da população do estudo (68,75). Portanto, este resultado nos aponta que grande parte dos participantes tem um tempo considerável de convívio com sua condição sorológica, o que lhes possibilita falar com mais propriedade acerca da sua experiência de vida e da sua qualidade de vida.

No estudo de Domingues (2017), realizado na cidade do Rio de Janeiro, 56.2% dos participantes possuíam menos de 10 anos de diagnóstico. Ribeiro (2020) apresenta em seu estudo na cidade de Macaé dado semelhante ao encontrado no Rio de Janeiro, pois 60% dos participantes do seu estudo também sabiam sua condição sorológica a menos de 10 anos. Estes dados demonstram que a Região do Médio Paraíba apresenta semelhança nos dados referentes ao tempo de conhecimento da condição sorológica em relação a outras regiões do Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 12 - Distribuição dos participantes do estudo segundo tempo que sabem que tem aids. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Tempo que sabem que tem aids	f	%
Relata não ter AIDS	41	51,25
Menos de 1 ano	2	2,5
1 a 5 anos	12	15,0
6 a 10 anos	8	10,0
11 a 15 anos	9	11,25
16 a 20 anos	2	2,5
Mais de 20 anos	6	7,5
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

A tabela 12 demonstra os dados referentes ao entendimento dos participantes quanto a estarem portando o vírus e estarem com a doença em curso (aids), ou seja, estarem adoecidos de fato. A maioria dos participantes (51,25%) afirma não terem aids e sim só estarem infectados pelo HIV, porém um número expressivo, (48,75%) afirma ter a doença, deste modo há paridade nos dados no que se referem ao entendimento do que seja conviver com o vírus e ser portador da doença de fato. Quando analisados os dados referentes ao estágio atual da doença (tabela 16), observa-se que 96% dos participantes relatam não possuírem nenhuma sintomatologia, o que demonstra neste estudo que uma parcela considerável dos infectados pelo vírus (48.75%), ainda fazem má interpretação entre viver com o vírus e estar com a doença.

De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/aids do Ministério da Saúde do Brasil, foram notificados 1.011.617 casos de aids desde 1980 até junho de 2020 no Brasil e 133.100 no estado do Rio de Janeiro. Em 2019 foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV, 37.308 casos de aids e 10.565 óbitos tendo por causa básica a aids, com taxa de mortalidade padronizada de 4,1/100 mil habitantes (BRASIL, 2020b). A partir de 2013 os casos de aids vêm apresentando diminuição no país, e a mortalidade padronizada sofreu decréscimo de 28,1% entre 2014 e 2019 o que reforça a eficácia do tratamento com uso de antirretroviral (BRASIL, 2020a; BRASIL 2020b).

Tabela 13 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a forma que acham que se infectaram. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Forma de contágio	f	%
Sexo com homem	53	66,25
Sexo com mulheres	13	16,25
Injetando drogas	7	8,75
Transmissão vertical	4	5,0
Outros	3	3,75
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

Neste estudo, como nos demais estudos realizados, observa-se que o maior meio de contágio relatado pelos participantes é a via sexual, o que também corrobora com os dados do Boletim Epidemiológico/2019 (BRASIL, 2020a).

Sampaio (2018), em seu trabalho realizado na cidade do Rio de Janeiro, relata que 83,9% dos participantes afirmam a forma de transmissão como sendo a sexual, dados muito próximos aos apresentados pela Região do Médio Paraíba/RJ, composto de cidades de pequeno porte, que apresentou 82,5% dos participantes relatando este meio de infecção. No município de Macaé (cidade de médio porte), 97,1% dos participantes também relataram esta forma de transmissão no estudo apresentado por Ribeiro (2020).

Tabela 14 - Distribuição dos participantes do estudo segundo a utilização do antirretroviral. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Utiliza TARV	f	%
Sim	77	96,25
Não	3	3,75
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

A grande maioria dos participantes deste estudo (97,25%) afirma estarem utilizando antirretroviral. Segundo o Ministério da Saúde, o uso regular dos antirretrovirais é fundamental para garantir o controle da doença e prevenir a evolução para a aids (BRASIL, 2020a).

No estudo realizado por Hipólito (2015), o uso da TARV foi relatado por 65% dos participantes da cidade de Rio das Ostras. Já Sampaio (2018) apresenta em seu estudo na cidade do Rio de Janeiro a utilização da terapia por 95,6% dos participantes. No estudo de Ribeiro (2020), na cidade de Macaé, o uso da TARV foi relatado por 80,6% dos participantes. Deste modo, em uma comparação entre cidades de pequeno, médio e grande porte, pode-se observar que nos extremos (grandes e pequenas cidades) o uso da terapia mostra-se mais praticada.

Tabela 15 - Distribuição dos participantes do estudo segundo tempo de utilização do antirretroviral. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Tempo de utilização da TARV	f	%
Não utiliza	3	3,75
Menos de 1 ano	1	1,25
1 a 5 anos	29	36,25
6 a 10 anos	28	35,00
11 a 15 anos	9	11,25
16 a 20 anos	7	8,75
Mais de 20 anos	3	3,75
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

No que se refere ao tempo de utilização do antirretroviral, 72,5% dos participantes usam a terapia a menos de 10 anos, destes a maioria usa entre 1 a 5 anos, correspondendo a 36,25% dos indivíduos, e aqueles que relatam a utilização entre 6 a 10 anos corresponderam a 35% do estudo. Dos indivíduos que usam medicamentos a mais de 10 anos, o que corresponde a 23,75% dos participantes, a maioria faz uso da terapia entre 11 a 15 anos, sendo 11,25% dos participantes.

Nos estudos realizados, no que se refere ao tempo de utilização da TARV, pode-se observar que a Região do Médio Paraíba apresenta um número expressivo de indivíduos que usam a terapia a menos de 10 anos (72,5%). Em estudo realizado na cidade de Macaé por Ribeiro (2020), 56,8% dos participantes relatam utilizar a TARV a menos de 10 anos. Sampaio (2018), estudando a cidade do Rio de Janeiro, apresentou em seu trabalho 59,4% dos participantes utilizando TARV a menos de 10 anos. Assim, no que se refere ao tempo de terapia, a Região do Médio Paraíba é a que apresenta os participantes com menor tempo em terapia medicamentosa com antirretroviral.

Tabela 16 - Distribuição dos participantes do estudo segundo estágio atual da doença. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Estágio	f	%
Sem sintomas	76	95,0
Com sintomas	4	5,0
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

A tabela 16 demonstra a distribuição dos participantes no que se refere ao estágio atual da doença. Na Região do Médio Paraíba, 95% dos participantes relatam não apresentarem nenhum sintoma referente ao adoecimento pela aids. Quando comparamos os dados desta tabela com os apresentados na Tabela 11, onde 48,75% dos participantes do estudo relatam ter aids, pode-se analisar estes dados a partir de duas vertentes: ou os participantes não estão esclarecidos devidamente quanto ao estágio de sua infecção, não sabendo assim a diferenciação entre infectados pelo HIV e adoecidos de fato; ou os casos de aids da Região estão

em estágio controlado e bem assistidos, sem desenvolvimento de maiores sintomatologias. Outro ponto a ser observado é a adesão à TARV, que no estudo correspondeu a 96,25% dos participantes. Quando este dado é correlacionado com o número de sintomáticos fica evidente que a não utilização dos esquemas medicamentosos pode estar respondendo à sintomatologia afirmada por 5% dos participantes.

No estudo de Sampaio (2018) na Cidade do Rio de Janeiro, 93,9% dos participantes relatam não possuir sintomatologia, cujo dado é muito semelhante ao da Região do Médio Paraíba. Na cidade de Macaé, no estudo apresentado por Ribeiro (2020), 74,8% também relatam não estar sintomáticos.

Tabela 17 - Distribuição dos participantes do estudo segundo as alterações em consequência do uso do antirretroviral. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Alterações em consequência do uso TARV	f	%
Não relata alterações	37	46,25
Sintomas neurológicos (alucinações, falta de concentração)	24	30,0
Lipodistrofia	14	17,50
Hiperglicemia/diabetes Mellitus	3	3,75
Alteração no colesterol	2	2,5
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

Os sintomas neurológicos associados a utilização da TARV são os mais mencionados pelos participantes deste estudo, correspondendo a 30% dos relatos. A lipodistrofia, segundo Viraben (1998), é o resultado do aumento nos níveis séricos de colesterol, triglicérides e de glicemia, associado à resistência à insulina, e mudança na distribuição da gordura corporal. Como uma síndrome associada à terapia antirretroviral, é a segunda alteração mais relatada pelos participantes. Sampaio (2018), em seu estudo na cidade do Rio de Janeiro relatou que 51,1% dos participantes não relatavam ter tido ou estarem tendo algum tipo de sintomas relacionados ao uso da TARV. No estudo de Ribeiro (2020), realizado na cidade de

Macaé, 65,1% dos participantes também relataram não ter ou não estar tendo nenhum tipo de alteração relacionado a TARV.

Tabela 18 - Distribuição dos participantes do estudo segundo sua orientação sexual. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Orientação Sexual	f	%
Heterossexual	49	61,5
Homossexual	21	26,25
Bissexual	10	12,25
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

Em sua maioria (61,50%), os participantes do estudo afirmam sua orientação sexual como sendo heterossexual. Os autoafirmados homossexual correspondem a 26,25% e bissexual 12,25%. Segundo o Ministério da Saúde (2020a), entre os homens, a predominância de transmissão do vírus se dá em 40,3% por exposição homo ou bissexual, mas na Região do Médio Paraíba observa-se que esta tendência nacional não se aplica.

Observando o estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, os dados apresentados por Domingues (2018), mostra importante diferença ao ser relacionado aos apresentados neste estudo, pois 50% dos seus participantes se autoafirmavam homossexuais e 9,4% bissexuais, enquanto os heterossexuais compunham 35% dos participantes. Isto caracteriza importante diferença comportamental entre residentes de pequenas e grandes cidades no que diz respeito à forma de infecção pelo HIV.

Tabela 19 - Distribuição dos participantes do estudo segundo sua prática no uso de preservativo. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.(continua)

Uso do Preservativo	f	%
As vezes	41	51,25
Sempre	35	43,75
Nunca	4	5,00

Tabela 19 - Distribuição dos participantes do estudo segundo sua prática no uso de preservativo. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.(conclusão)

Uso do Preservativo	f	%
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

A tabela 19 retrata a prática do uso de preservativo entre as pessoas vivendo com HIV da Região do Médio Paraíba, evidenciando que no estudo mais da metade dos participantes (51,25%) relatam usarem o preservativo às vezes, 5% afirmam nunca usarem o preservativo e 43,75% dizem usar sempre o preservativo.

Santos et al. (2016) ressaltam que questões socioeconômicas interferem na prática da utilização do preservativo. Afirmam também que alguns fatores podem justificar a opção de jovens em não utilizarem o método de prevenção, como por exemplo a confiança na invulnerabilidade, o pensamento mágico que nada pode acontecer, e assim, esta cultura vai se arrastando ao longo da vida e o adulto acaba por entender que o preservativo muitas vezes não é de fato necessário.

Em uma comparação feita por Ribeiro (2020) entre as cidades do Rio de Janeiro e Macaé, observa-se que em Macaé a prática do uso de preservativo sempre nas relações sexuais dos participantes mostra-se maior que no Rio de Janeiro, sendo Macaé 74,8% dos participantes afirmaram que sempre o usam, e no Rio de Janeiro, 55% afirmaram a prática de sempre usar o preservativo. Comparando o estudo de Sampaio (2018), com este estudo na Região do Médio Paraíba, conclui-se que os participantes de cidades de pequeno porte apresentam comportamento semelhante aos participantes do Rio de Janeiro. No que se refere aos indivíduos que relatam nunca usarem preservativo, os dados referentes as cidades de grande, médio e pequeno porte apresentam dados semelhantes, sendo no Rio de Janeiro 7,2% dos participantes fazerem esta afirmativa, 6,8% de Macaé e 5% das cidades de pequeno porte do Médio Paraíba.

]

Tabela 20 - Distribuição dos participantes do estudo segundo sua condição de adoecimento. Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, 2020.

Considera-se doente	f	%
Não	58	72,50
Sim	22	27,50
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2020.

Em relação à condição de se considerarem doentes, pelo fato de viverem com o vírus HIV, constata-se que a maioria, 70% dos participantes, não se consideram doentes. Este dado corrobora com os dados apresentados na tabela 15, onde 95% dos participantes afirmam não apresentarem sintomatologia frente a infecção.

No estudo de Ribeiro (2020), 85% dos participantes relatam não se considerarem adoecidos na cidade do Rio de Janeiro e 74,8% na cidade de Macaé, o que demonstra semelhança dos dados apresentados nos três cenários de cidades de grande, médio e pequeno porte.

5.2 Resultados das análises das evocações livres de palavras

Nesta seção serão apresentados e descritos os resultados das análises realizadas com os conteúdos oriundos das evocações livres de palavras a partir de técnicas de análise que evidenciam os elementos constitutivos da representação em estudo, assim como a organização de hierarquia e as relações que se estabelecem entre eles, em consonância com a Teoria do Núcleo Central.

Assim, serão descritos os resultados da análise prototípica ou do quadro de quatro casas primeiramente e após a análise de similitude por coocorrência.

5.2.1 Análise prototípica: revelando os conteúdos e a organização interna da Representação Social da QV.

Os conteúdos, elementos, palavras e expressões evocados pelos participantes foram padronizados e organizados em um documento *Word* constituindo o *corpus* para análise que, então, foi submetido ao *software EVOC*, conforme descrito na metodologia.

O *software* identificou 400 palavras evocadas, sendo que destas 39 eram diferentes. Para o processamento do conteúdo e a definição da sua organização foi necessário estabelecer a frequência mínima de palavras a serem incluídas, definindo-se sete, havendo, então, a eliminação das palavras que foram evocadas abaixo desta frequência. Com este ponto de corte, foram processadas 356 palavras e não mais as 400 do *corpus* inicial. Após este procedimento foi necessário calcular a frequência média de evocação, dividindo-se 356 por 14 (número de tipos de palavras evocadas), obtendo-se uma média de 25,4. O programa calculou a média da ordem de evocação de cada palavra e a média geral da ordem de evocação, ou seja, a média das ordens médias, que correspondeu a 3,02, que foi aproximada para 3,0.

A partir das definições e cálculos estabelecidos, o *software* forneceu o quadro de quatro casas com a organização interna dos conteúdos da representação social, apresentado no Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Quadro de quatro casas com a organização dos conteúdos constituintes da representação social da qualidade de vida dos participantes que vivem com HIV/aids dos municípios de pequeno porte da Região do Médio Paraíba/RJ, 2020. (continua)

Rang < 3,0				Rang >= 3,0		
	Conteúdo	freq.	rang	Conteúdo	freq.	rang
Freq. Média	Boa alimentação	67	2,284	Lazer	63	3,175

Quadro 2 – Quadro de quatro casas com a organização dos conteúdos constituintes da representação social da qualidade de vida dos participantes que vivem com HIV/aids dos municípios de pequeno porte da Região do Médio Paraíba/RJ, 2020. (conclusão)

Rang < 3,0				Rang >= 3,0		
>= 25	Saúde	36	2,083	Atividade física	51	3,216
	Estado psicológico	30	2,867	Família	27	3,815
Freq. Média <= 24	Viver bem	11	2,545	Amizade	17	3,882
	Condições financeiras	10	2,700	Tratamento	13	3,692
	Moradia	7	2,857	Cuidados saúde	9	3,222
				Solidariedade	7	3,714
				Religiosidade	7	4,429

Fonte: O autor, 2020.

De acordo com os pressupostos da Teoria do Núcleo Central, as palavras ou expressões que atendem aos critérios de maior frequência e menor OME, ou seja, que foram mais prontamente evocadas, localizam-se no quadrante superior esquerdo, denominado núcleo central e, portanto, são os possíveis elementos centrais da representação (ABRIC, 2003; SÁ, 2002). Ainda de acordo com a TNC, o núcleo central da representação é determinado pela natureza do objeto representado, assim como pelo tipo de relações que o grupo mantém com esse objeto e o sistema de valores e normas sociais que constituem o meio ambiente ideológico do momento e do grupo (ABRIC, 2003).

Tendo em vista o exposto, as palavras e expressões que foram definidas pelos critérios de construção do quadro como as mais importantes e, assim sendo, consideradas como possíveis elementos centrais são, por ordem de frequência: boa alimentação (67), saúde (36) e estado psicológico (30). Observa-se que saúde foi a mais prontamente evocada com rang de 2,083, seguida de boa alimentação cujo rang é 2,284.

O contexto semântico de boa alimentação é: alimentação, alimentar-se bem, comer bem, alimentação saudável, comida saudável, manter alimentação adequada,

melhor alimentação, cuidar da alimentação, disciplina alimentar, produtos naturais, dieta e boa comida. A palavra *saúde* integra em seu contexto: estar bem, ter saúde, boa forma, boa forma física, pouco estresse, se sentir bem, saúde controlada, sem sintomas, sem vícios, resistência física e resultado físico. A expressão *estado psicológico* refere-se ao seguinte contexto semântico: ter cabeça boa, boa cabeça, mente boa, pensamento positivo, despreocupar-se, não se preocupar, não ter preocupação, despreocupação, bons pensamentos, mente tranquila, controle emocional, equilíbrio mental, estabilidade emocional e paz de espírito.

Os demais elementos do quadro constituem o sistema periférico que segundo Abric (2000, p.33) “permite uma adaptação, uma diferenciação em função do vivido, uma integração das experiências cotidianas”, permitindo modulações pessoais em referência ao núcleo central comum, revelando elementos representacionais individualizados.

No quadrante superior direito (primeira periferia) estão as palavras lazer (63), atividade física (51) e família (27). A palavra lazer é a que possui maior frequência e menor rang (3,175) e por esta razão apresenta a possibilidade de migrar para o núcleo central, conforme assevera Sá (2002). A expressão atividade física é a segunda mais frequente e mais prontamente lembrada do quadrante (rang 3,216). A palavra família é a menos frequente e a mais tardiamente evocada (3,815) em relação as demais do mesmo quadrante, com chances de migrar para a segunda periferia.

O elemento lazer encerra em seu contexto semântico as seguintes palavras: higiene mental, balada, ter lazer, saúde mental, diversão, distração, me divertir, viajar, conhecer lugares, praia, passeio, leitura, dança, festa, convívio social, ir à festa e socialização. A expressão atividade física, agrega as seguintes palavras: se exercitar, fazer exercício, caminhada, natação, academia, fazer musculação, esporte, jogar bola também é bom, jogo de vôlei e corrida. O termo família tem em seu contexto semântico as seguintes palavras: família presente, apoio familiar, família apoiar, aceitação familiar, atenção familiar, ter família, conviver família, boa relação familiar, afeto da família, acolhimento da família, proximidade dos familiares e filhos.

No quadrante inferior direito (segunda periferia) estão posicionadas as palavras que tiveram frequência inferior à média (25) e que foram as mais tardiamente evocadas. São elas com suas respectivas frequências: amizade (17),

tratamento (13), cuidados saúde (9), solidariedade (7), religiosidade (7). Neste quadrante a expressão cuidados saúde foi a mais prontamente lembrada com rang de 3,222 e a palavra religiosidade foi a mais tardiamente evocada, com rang de 4,429.

A palavra amizade integra em seu contexto semântico os seguintes termos e expressões: amizade, amigos, ter amigos, andar entre amigos, manter amizade, participar da roda com amigos, companheirismo e aceitação dos amigos. A palavra tratamento contempla os seguintes termos e expressões: tratamento, tratamento de saúde, tratamento adequado, ter assistência médica, acompanhamento médico, ir ao médico, fazer tratamento, seguir o tratamento, seguir orientações médicas, exames, fazer exames e acompanhamento exames. A expressão cuidados saúde agrega as palavras e expressões: cuidados de saúde, cuidar, me cuidar, emagrecer, se tratar e ar puro. O termo solidariedade engloba: solidariedade, ser solidária, compreensão das pessoas, ajudar o próximo e amar as pessoas. E, por fim, está incluído no termo religiosidade as seguintes palavras e expressões: fé, ter fé, ter religião e confiar em Deus.

Na zona de contraste (quadrante inferior esquerdo) estão posicionadas as palavras com frequência inferior à frequência média, porém foram mais prontamente evocadas. As palavras contidas neste quadrante são: viver bem (11), condições financeiras (10) e moradia (7). Deste grupo a que foi mais prontamente evocada é a expressão viver bem, que também tem a maior frequência do quadrante.

Nesta posição os conteúdos podem estar reforçando os elementos centrais ou da primeira periferia ou, então, evidenciando um subgrupo que pensa diferente do grupo geral de participantes. Considera-se que esta segunda possibilidade se aplica neste estudo, haja vista que os conteúdos condições financeiras e moradia expressam determinantes sociais que contrastam com as dimensões presentes no núcleo central.

O contexto semântico de viver bem inclui: viver, ter vida boa, poder sair, viver numa boa, viver melhor, viver bem, saber viver, estar bem, viver com qualidade, viver intensamente, bem com a vida, valorizar a vida, estilo de vida e forma de viver. Quanto ao termo condições financeiras, esta expressão inclui: ter salário, grana, dinheiro, ter dinheiro, poder me sustentar, pouca renda, independência econômica, estabilidade financeira, não passar fome e melhor condição financeira. O termo

moradia refere-se ao seguinte grupo de palavras: morar bem, ter boa casa, casa boa, boa moradia, casa decente para morar e um local de moradia.

Cabe destacar que nos quadrantes inferiores (zona de contraste e segunda periferia), a frequência das palavras não se aproxima da frequência média o que significa que são elementos da periferia, sem evidências de migrarem para o núcleo central.

Além dos conteúdos e da organização expressos no Quadro 2, este resultado revela alguns aspectos que devem ser considerados por serem relevantes na análise da representação social da QV. O primeiro deles diz respeito à composição do conteúdo que revela uma representação positiva do grupo em relação à QV. Não se verifica elementos de caráter negativo, que imprimam um posicionamento desfavorável da qualidade de vida.

Outro aspecto diz respeito às dimensões que caracterizam um objeto como um objeto de representação. De acordo com Moscovici (1978), existem três dimensões basilares que se expressam em uma representação social, quais sejam, a atitude, ou dimensão atitudinal, a informação ou conceito e o campo de representação ou dimensão imagética. Afirma o mesmo autor, que esta tridimensionalidade é que dá sustentação em termos de consistência representativa e importância social. Analisando-se sob este aspecto, constata-se, a princípio, a existência de conteúdos que contemplam essas três dimensões no contexto desta representação.

Assim, avaliando-se os conteúdos do núcleo central, verifica-se que a expressão boa alimentação se enquadra na dimensão da informação na medida que indica a incorporação de um conhecimento acerca da importância da alimentação adequada entre as pessoas que vivem com HIV. A palavra saúde enquadra-se na dimensão imagética, haja vista que ter saúde é algo que assume uma proporção de tal magnitude na vida do grupo que se coloca como uma entidade real, corporificada na sua existência. Esta condição pode ser observada nos estudos de Ribeiro (2020) e Antunes (2020) com um grupo de pessoas com HIV atendidas no Rio de Janeiro. A expressão “estado psicológico” traduz um posicionamento frente à vida, em que há uma avaliação positiva na qual o indivíduo precisa ter um controle emocional ou um pensamento positivo para manter um equilíbrio mental que torne a sua vida mais fluida e feliz e assim se reflita positivamente na Representação Social da QV.

Analisando estas mesmas dimensões no sistema periférico, avalia-se que a dimensão do conhecimento se expressa nas palavras lazer, atividade física, tratamento e cuidados saúde. Considera-se que são informações relacionadas aos cuidados que devem observar no cotidiano e que, principalmente, devem ser obtidas nos serviços de saúde e no contexto familiar. Revelam práticas gerais e ações específicas que definem os elementos construtivos da qualidade de vida.

A outra dimensão presente na periferia da representação é de natureza afetivo/atitude relacionada a sentimentos e crenças que dão apoio a qualidade de vida, como a amizade a solidariedade e a religiosidade. Observa-se também posicionamentos de natureza avaliativa que expressam a forma mais adequada de viver (viver bem) e as condições materiais (financeira e de moradia) para se ter uma vida melhor, conseqüentemente, com reflexos na qualidade de vida.

Abric (2003) afirma que a partir de trabalhos experimentais foram colocados em evidência a existência de dois tipos de elementos presentes no núcleo central, são eles: elementos normativos e funcionais. Os primeiros são oriundos do sistema de valores das pessoas e constituem a dimensão social do núcleo (e da representação) na medida em que está ligada à história e à ideologia do grupo social. São esses elementos que determinam os julgamentos e as tomadas de posição em relação ao objeto de representação. Numa tentativa de aproximação com esta descrição, consideramos que, na presente representação, saúde e estado psicológico se enquadram neste tipo de elemento. A saúde, especialmente, é um valor cultivado socialmente e culturalmente, constituindo-se em um bem imprescindível à manutenção da vida, principalmente para um grupo que se vê constantemente ameaçado pela aids.

Em relação aos elementos funcionais, Abric (2003, p.41) afirma que “são associados as características descritivas e à inscrição do objeto nas práticas sociais ou operatórias. São elas que determinam as condutas relativas ao objeto”. Em uma análise preliminar, consideramos que a expressão boa alimentação se enquadra nesta definição por evidenciar uma conduta importante recomendada, adotada ou a ser adotada pelo grupo, que em associação com outras medidas (inclusive presentes na periferia) promovem a saúde com reflexos na representação social da qualidade de vida.

A representação social do grupo também se expressa por dimensões empíricas ou temáticas nas quais os conteúdos são reunidos por suas

características. Assim, identifica-se uma dimensão corporal composta pelo termo lazer e pelas expressões boa-alimentação e atividade-física revelando que para o grupo ter qualidade de vida implica ou faz-se necessário adotar práticas ou hábitos de cuidado com o corpo para manter sua higidez. A dimensão psicológica é constituída pelas expressões estado-psicológico e viver-bem, evidenciando que para ter boa QV é essencial ter a mente despreocupada e viver de forma tranquila, ou dito de outra forma manter a higiene ou saúde mental. A dimensão processo saúde-doença inclui os termos saúde e tratamento e a expressão cuidado-saúde. Em sua representação o grupo revela que a QV requer sentir-se bem, ter boa saúde e adotar cuidados com a saúde, entre eles a terapia, necessária ao controle da doença.

Outras duas dimensões representacionais que são identificadas nos conteúdos são a dimensão social e a de determinantes sociais da QV. A primeira inclui os termos família, amizade, solidariedade e religiosidade evidenciando que as relações sociais que promovem apoio e ajuda, como também as relações com o transcendental que proporcionam força e fé se constituem em condições importantes para a QV. A dimensão de determinantes sociais da QV inclui o termo moradia e a expressão condições-financeiras, que revelam fatores sociais relacionados à situação econômica e de habitação que influenciam na QV.

Face a todo exposto, constata-se que o resultado da análise prototípica permitiu identificar os conteúdos mais relevantes da representação, assim como a organização interna dos mesmos, evidenciando os possíveis elementos centrais, que dão sentido a esta representação, assim como aos elementos periféricos. Pode-se identificar a presença das dimensões representacionais de natureza cognitiva, afetivo atitudinal e imagética no conjunto dos elementos. Permitiu, ainda, por hipótese, identificar os elementos normativos e funcionais e, também, as dimensões empíricas ou temáticas dando um panorama mais objetivo sobre o pensamento social do grupo acerca da QV;

O contexto geral desta análise revela uma representação social da qualidade de vida de caráter positivo, assentada em dimensões que envolvem atenção ao corpo, à mente, à saúde, aos aspectos relacionais e aos determinantes sociais. Essas dimensões denotam cuidados em saúde, como medidas ou práticas de promoção a saúde, assim como alguns condicionantes em saúde que proporcionam apoio social e segurança que conduzem a um viver com qualidade, apesar das questões que são impostas pela presença do HIV e da aids.

5.2.2 Análise de similitude por coocorrência: buscando uma segunda indicação da centralidade da Representação Social da QV.

A técnica de análise de similitude não possibilita fazer a confirmação dos conteúdos centrais de uma representação, mas dão uma segunda indicação acerca da centralidade, conforme asseveram Pecora e Sá (2008), como já pontuado anteriormente na metodologia. Em associação com a análise prototípica, permite uma outra aproximação e compreensão mais consistente acerca dos possíveis elementos que dão significado à representação em estudo.

Para a análise considerou-se apenas os participantes que evocaram, ao menos, duas palavras, tendo em vista que a relação de conexidade só pode existir entre um e outro termo, conforme orientação de Pecora (2007), sendo excluídos aqueles que não atenderam a este critério, permanecendo, então, 79 participantes na análise de similitude geral.

Assim, partindo-se da análise prototípica, buscou-se averiguar a quantidade de conexões que os elementos do quadro de quatro casas mantêm entre si, por meio do cálculo dos índices de similitude, conforme pode ser observado no Quadro 3. O procedimento foi finalizado com a montagem da árvore de similitude, que, de acordo com Pecora e Sá (2008) sintetiza graficamente o conjunto das conexões existentes entre os conteúdos da representação social do grupo.

Quadro 3 - Distribuição das coocorrências entre as palavras do quadro de quatro casas e os índices de similitude. Região do Médio Paraíba/RJ, Brasil. 2020. (continua)

Grupo geral N= 79	boa alimentação	saúde	Estado psicológ	lazer	ativ física	família	viver bem	cond financ	moradia	amiza de	trata mento	cuid saúde	solida riedade	religio sidade
1 boa alimentação		0,34	0,25	0,60	0,56	0,25	0,10	0,10	0,05	0,18	0,15	0,10	0,05	0,07
2 saúde	27		0,19	0,24	0,28	0,11	0,06	0,05	0,01	0,04	0,03	0,06	0,02	0,02
3 Estado psicológ	20	15		0,24	0,26	0,12	0,02	0,02	0,04	0,04	0,04	0,01	0,01	0,04

Quadro 3 - Distribuição das coocorrências entre as palavras do quadro de quatro casas e os índices de similitude. Região do Médio Paraíba/RJ, Brasil. 2020. (conclusão)

Grupo geral N= 79	boa alimentação	saúde	Estado psicológ	lazer	ativ física	família	viver bem	cond financ	moradia	amiza de	trata mento	cuid saúde	solida riedade	religio sidade
4 lazer	48	19	19		0,40	0,24	0,07	0,09	0,06	0,19	0,11	0,04	0,07	0,05
5 ativ física	45	22	21	32		0,13	0,09	0,02	0,04	0,13	0,14	0,07	0,04	0,05
6 família	20	9	10	19	10		0,02	0,04	0,06	0,11	0,02	0,01	0,02	0,01
7 viver bem	8	5	2	6	7	2		0,0	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01
8 cond financ	8	4	2	7	2	3	00		0,0	0,02	0,01	0,01	0,0	0,0
9 moradia	4	1	3	5	3	5	1	00		0,04	0,0	0,01	0,01	0,0
10 amizade	14	3	3	14	10	9	1	2	3		0,01	0,0	0,01	0,0
11 tratamento	12	3	3	9	11	2	1	1	00	1		0,01	0,01	0,04
12 cuid saúde	8	5	1	3	6	1	1	1	1	00	1		0,01	0,02
13 solidariedade	4	2	1	6	3	2	2	00	1	1	1	1		0,01
14 religiosidade	6	2	3	4	4	1	1	00	00	00	3	2	1	

Fonte: O autor, 2020

Observa-se no Quadro 3 que as palavras/expressões que mantiveram maiores quantidades de conexões com as demais foram, em ordem decrescente, “boa alimentação”, “lazer”, “atividade física”, “saúde” e “estado psicológico”. Esses termos e nesta ordem também foram as mais evocadas pelo grupo. A expressão “boa alimentação” manteve ligações mais frequentes com “lazer”, “atividade física”, “saúde”, “família” e “estado psicológico”. O termo “lazer” foi o segundo com conexões mais frequentes com “boa alimentação”, “saúde”, “atividade física” e “estado psicológico”.

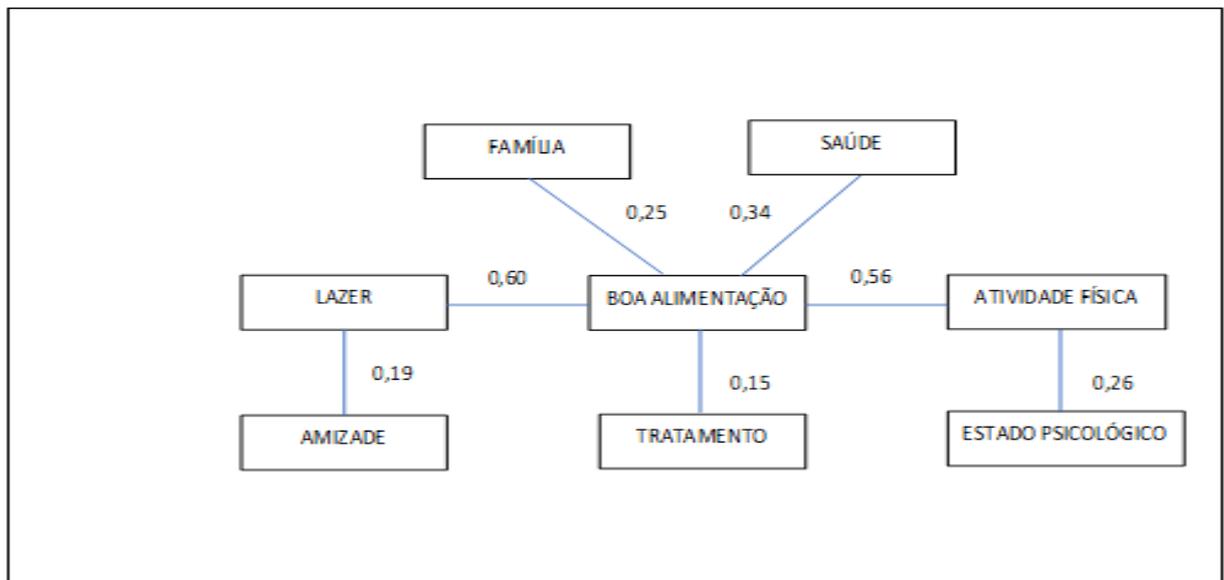
Após o registro de todas as coocorrências, realizou-se o cálculo de similitude, dividindo-se o número de coocorrência entre duas palavras pelo número de participantes, neste caso 79 pessoas, conforme orientação de Sá (2003). Estes índices estão na parte superior do Quadro 3, e partir deles foi montada a árvore de similitude, partindo-se das ligações mais fortes, ou seja, com os maiores índices de similitude. Estabeleceu-se como menor índice para compor a árvore 0,15, não sendo registradas as coocorrências com valores menores a este.

Em relação à estrutura da árvore, Moliner (1994, apud Sá, 2002, p. 128) afirma que “trata-se de um ‘grafo’ conexo sem ciclo, cujos vértices são os itens do

corpus e as arestas são os valores dos índices de similitude entre esses itens. O procedimento de construção da árvore máxima permite reter apenas as relações mais fortes entre os itens”.

Partindo-se desta orientação construiu-se a árvore de similitude, demonstrada na Figura 2, unindo-se palavra a palavra.

Figura 2 - Árvore máxima da análise de similitude dos termos mais frequentes ao tema “qualidade de vida”, evocados pelos pelas pessoas que vivem com HIV na Região do Médio Paraíba/RJ, 2020 (N 79).



Fonte: O autor, 2020.

De acordo com Oliveira et al (2005), na interpretação deste resultado considera-se a hierarquia dos valores das ligações entre as palavras ou expressões, a relação de vizinhança e a conotação assumida por cada termo em função dos demais que a ele se ligam.

A Figura 2 evidencia que a árvore de similitude é constituída pelos seguintes conteúdos: “boa alimentação”, “lazer”, “atividade física”, “amizade”, “tratamento”, “estado psicológico”, “família” e “saúde”. O termo que mais estabeleceu conexões com outras cognições é “boa alimentação” ligando-se a cinco outros termos. Ela é

supostamente central no quadro de quatro casas por ter tido a mais alta frequência, sendo também a segunda mais prontamente evocada. Na árvore de similitude além de fazer o maior número de conexões, estas também são as mais fortes mantendo altos índices com “lazer” (0,60), “atividade física” (0,56) e “saúde” (0,34).

Seguindo-se a “boa alimentação”, os termos “lazer” e “atividade física” mantiveram o mesmo número de ligações (duas) com outros termos. “Lazer” estabelece conexão com “boa alimentação” (0,60) e “amizade” (0,19); e “atividade física” também com “boa alimentação” com índice de 0,56 e “estado psicológico” com índice de 0,26. Ambos os termos integram a primeira periferia do quadro de quatro casas, sendo que “lazer” foi a segunda mais evocada e “atividade física” a terceira.

Cabe destacar que os elementos “lazer” e “atividade física” também estabeleceram conexão entre si com índice de 0,40 (Quadro 3), mas devido a regra de constituição da árvore, por estarem ligadas à “boa alimentação” com conexões mais fortes, este dado não pode ser registrado por promover o fechamento de um ciclo, o que não é indicado neste tipo de análise.

O Quadro 3 evidencia ainda que “lazer” também estabelece conexões com “estado psicológico” (0,24), “saúde” (0,24), “família” (0,24) e “tratamento” (0,11), entre outras, mas pelas mesmas razões já mencionadas em sua relação com “atividade física” não pode constar da árvore, além de serem índices de similitude inferiores ao menor índice estabelecido. Da mesma forma, o termo “atividade física”, que além das conexões já citadas, estabelece relações com “saúde” (0,28), “família” (0,13), “amizade” (0,13) e “tratamento” (0,14).

Este resultado reforça a possibilidade de “boa alimentação” ser um elemento central da representação e reforçam a tese de centralidade dos termos “lazer” e “atividade física”.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito aos tipos de relações estabelecidos entre os elementos da árvore, que podem ser relações de implicação, causalidade, semelhança ou mesmo hierarquia (MOLINER, 1994). Assim, boa alimentação e saúde parecem fazer uma relação de causalidade, ou seja, se a alimentação é adequada, ajuda a promover a saúde. Com família pode ser uma relação de implicação, na medida em que o apoio da família implica assegurar a alimentação e outras necessidades das pessoas que vivem com HIV. Este mesmo tipo de relação também pode ocorrer com tratamento, haja vista que a alimentação

adequada tem implicações positivas para a absorção dos medicamentos e a redução dos efeitos indesejados. Já com atividade física e lazer, parece estabelecer uma relação de reforço ou de complementariedade, onde as três condições compõem uma tríade que se complementam na busca pela saúde, pelo bem-estar com consequências na representação positiva da qualidade de vida.

A relação entre atividade física e estado psicológico pode ser entendida como de causalidade ou de complementariedade. Como causalidade, na medida em que as atividades físicas tendem a promover a paz de espírito, a despreocupação e ter bons pensamentos, para citar expressões citadas pelos participantes. A complementariedade é no sentido de que se deve cuidar do corpo, mas também da mente para buscar um equilíbrio mental e estabilidade emocional que no conjunto contribuem para a saúde física e mental.

A relação entre lazer e amizade pode ser compreendida como de complementariedade, na medida em que o lazer deve, de preferência, ser compartilhado com os amigos reforçando as relações sociais e afetivas, também importantes para o bem viver.

Embora não retratada na árvore de similitude, a relação entre atividade física e lazer sugere uma relação de equivalência, na medida em que a atividade física pode ser considerada uma atividade de lazer e vice-versa e daí a conexão tão forte entre as duas cognições (0,40).

A estrutura da árvore de similitude forneceu uma segunda indicação de centralidade na representação social em estudo que reforça a expressão “boa-alimentação” como um elemento central e confirma a hipótese de possível centralidade para o termo “lazer” e a expressão “atividade física”, pondo em evidência a dimensão corporal. Esta construção sugere que para o grupo os conteúdos desta dimensão são importantes para ter QV. Avalia-se que são fatores essenciais para a manutenção da saúde, fator que parece ser preponderante para a concepção de uma boa qualidade de vida. As relações que fazem com os outros elementos mostram que existem várias dimensões que são coadjuvantes ou complementares na concepção da QV e que proporcionam um estado de segurança em relação à saúde. Esta concepção de que há uma forte associação entre qualidade de vida e saúde é pelo fato de que o resultado leva à hipótese de que para o grupo ter saúde é um elemento essencial para a boa qualidade de vida.

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresenta-se a discussão dos conteúdos apresentados no quadro de quatro casas, ou seja, os elementos centrais e periféricos que integram a representação social da qualidade de vida do grupo estudado, buscando assim responder as questões de pesquisa deste trabalho: como as pessoas que vivem com HIV, residentes em municípios de pequeno porte, representam a sua QV? e quais fatores são determinantes na influência da QV de pessoas que vivem com HIV nos municípios de pequeno porte? Bem como os objetivos propostos.

A caracterização dos participantes do estudo pode ser uma importante ferramenta para a discussão da QV, pois os aspectos sociais e até mesmo clínicos do indivíduo podem influenciar na forma como este sujeito percebe sua QV. Minayo (2000) já afirmava que a QV pode ser expressa por algumas dimensões, de cunho social, histórico e cultural. Assim, é pertinente iniciarmos esta discussão tratando a caracterização dos participantes da pesquisa, que também possibilita compreender o modo de pensar e agir do grupo em relação à QV.

Outro aspecto importante a ser ressaltado diz respeito ao cenário do estudo, que se caracteriza por municípios de pequeno porte, com estilo de vida peculiar, com costumes bem diferentes dos cenários apresentados em outros estudos do gênero já realizado, como o de Domingues (2017) e Ribeiro (2019).

Os participantes da pesquisa se caracterizam por ser um grupo social relativamente jovem, em sua maioria com idade inferior aos 50 anos. O estudo corrobora com os dados nacionais descritos no último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, onde mais de 50% das pessoas vivendo com HIV no Brasil são jovens (BRASIL, 2020).

No que se refere ao sexo, o estudo mostrou pequena diferença no número de participantes do sexo masculino em relação ao feminino, o que foi algo que chamou a atenção, pois em pesquisas relacionadas a QV com indivíduos adultos há predominância do sexo masculino, o que de certa forma é uma tendência até mesmo nos dados oficiais do Ministério da Saúde (2019). Deste modo a Região pode mostrar um diferencial, positivo, pois houve uniformidade na representação

social da QV, havendo certa paridade em números de homens e mulheres no estudo.

Silva (2018) expressa em seu trabalho que a representação social da QV do ponto de vista feminino pode se mostrar diferente a dos homens, uma vez que muitas mulheres podem não apresentar sua independência social e financeira, o que de certa forma pode interferir em sua representação social. Sampaio (2018) faz menção em seu trabalho sobre a predominância masculina com uma representação social da QV eminentemente positiva, sendo que o mesmo resultado é evidenciado no estudo de Domingues (2017); ambos estudos são, portanto, compostos pela maioria masculina em seus números de participantes.

Sampaio (2018) afirma que trabalhos com predominância de participantes do sexo masculino tendem a apresentar a representação social da QV positiva, diferentemente de trabalhos com predominância de participantes do sexo feminino, que representam a QV de forma mais negativa. Em relação a este aspecto, Minayo (2000) discorre que a concepção de bem-estar possui três fóruns de referência, o histórico, o cultural e o referente a classes sociais. No que se refere a representação social da QV, apoiado no discurso de Minayo, a paridade no número de participantes, no que se refere ao sexo, reforça a positividade do fenômeno para que se tenha dados mais robustos, sendo que a mulher carrega consigo marcas históricas e culturais que podem influenciar na sua representação da QV.

Na Região do Médio Paraíba do estado do Rio de Janeiro, observou-se que a maioria das pessoas vivendo com HIV possui baixo nível de escolaridade, conseqüentemente, pouca qualificação profissional, o que as colocam majoritariamente em vínculos trabalhistas de cunho informal, o que pode influenciar a representação social da QV desta população. Porém, mesmo com baixa qualificação profissional, mais da metade dos participantes relatam estar inseridos no mercado de trabalho.

Silva (2018) ressalta a importância da atividade laboral para pessoas vivendo com HIV na percepção de sua qualidade de vida, haja vista que em seu estudo a grande maioria dos participantes relata vínculo laboral. A autora apoia-se no estudo de Costa et al (2014), que analisa a percepção da QV de pessoas com HIV que trabalham e não trabalham, cujos resultados demonstram que o trabalho é um importante instrumento para tornar positiva a percepção de QV.

Um fato que chamou a atenção, quando analisadas as questões referentes ao trabalho e renda, foi o número expressivo de participantes (15%) que relataram não possuírem nenhum tipo de renda, dado este muito expressado por mulheres que se colocaram como economicamente dependentes de seus parceiros.

No que se refere aos dados clínicos levantados na pesquisa, observa-se que a grande maioria entende que portar o vírus não as colocam em situação de adoecimento, pois foram poucos os relatos que associavam um indivíduo vivendo com o HIV com estar doente. Gomes et al (2011) discorrem sobre a naturalização do HIV, quando os sujeitos de seu estudo relatam passarem a viver naturalmente com a condição sorológica, estando esta condição muito associada a TARV que diminui a vulnerabilidade ao adoecimento. Neste estudo na Região do Médio Paraíba/RJ praticamente todos os participantes utilizam a TARV e entendem a cronicidade da infecção.

A interpretação do estado de não adoecimento pelas pessoas com HIV pode demonstrar como a saúde pode ter sua importância para a vida destes indivíduos. No estudo também é notório o estado assintomático dos participantes, o que reforça a desassociação da condição sorológica com um estado patológico.

Para Minayo (2000), QV e saúde tem sua centralidade na capacidade de estar saudável, ou superando as dificuldades impostas pelo processo de adoecimento. Na Região do Médio Paraíba do estado do Rio de Janeiro é fortemente observado que o grupo estudado não se vê adoecido e convive com sua condição sorológica, entendendo a cronicidade da infecção. Este fato pode sustentar uma representação social da QV deste grupo muito associada a fatores relacionados à saúde, como será observado ao longo desta discussão.

No que se refere à orientação sexual dos participantes do estudo, a Região do Médio Paraíba do estado do Rio de Janeiro apresentou em sua maioria pessoas que se afirmam heterossexuais, o que pode ser justificado pelo número expressivo de participantes do sexo feminino no estudo. Alguns autores como Reis et al. (2011), Neto et al, (2010), Tenório et al (2015) também relataram em seus estudos que a maioria de mulheres que participou de seus estudos se intitularam heterossexuais.

Outro aspecto importante de ser mencionado nesta discussão diz respeito ao fato de os participantes afirmarem que vivem com suas famílias; mais de 60% dos participantes relataram este fato. O apoio familiar pode ser importante fator para a construção da representação social da QV. Souza (2004), afirma que a família pode

ser entendida como sendo uma unidade de cuidado e desempenhar importante papel para o equilíbrio físico e mental das pessoas vivendo com HIV.

Diante do exposto, pode-se identificar, a partir do perfil da população estudada em Municípios de pequeno porte da Região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro, aspectos referentes às características clínicas e de natureza sociodemográficas que podem estar expressando condições que permitem associá-las com o modo de pensar e agir do grupo em relação à QV.

A seguir, discute-se a Representação Social da QV deste grupo específico em função dos resultados das análises empregadas, ou seja, análise prototípica e de similitude.

A partir da análise dos dados das evocações livres, os resultados apresentam os elementos que constituem a representação da QV expressado pelos participantes do estudo, através do quadro de quatro casas e da análise de similitude. A partir dos elementos que compõem o núcleo central, os possíveis elementos centrais que representam a QV das pessoas que vivem com HIV da Região do Médio Paraíba do estado do Rio de Janeiro é concebida a partir de três pilares ou dimensões: corporal, processo saúde-doença e psicológica: “boa alimentação”, “saúde” e “estado psicológico”.

Mazzotti (2002) e Sá (2002), descrevem que o Núcleo Central desempenha três funções básicas, sendo: geradora, aquela que cria ou que transforma uma representação social; organizadora, que determina as ligações entre os elementos de uma representação; e a função estabilizadora, sendo os seus elementos os mais resistentes às mudanças. Partindo desta afirmação, e diante dos elementos encontrados no Núcleo Central do estudo, observa-se a forte ligação de cada um deles com os demais elementos dispostos na primeira periferia e zona de contraste, bem como é notório sua função de estabilização, como será apresentado a seguir.

Começamos esta discussão acerca do núcleo central abordando o elemento “saúde”, o mais prontamente evocado (rang 2,083). Primeiramente observemos “saúde” como sendo um elemento de grande relevância para o grupo, pois apresenta-se em um contexto de uma infecção viral que até pouco tempo era vista como sendo sentença de morte. Deste modo, a sua presença no núcleo da representação da QV reforça a importância desta condição como geradora de sentido no pensamento do grupo. Por outro lado, deve ser levado em consideração

o ambiente que se desenvolve a pesquisa, serviço de saúde, o que pode justificar a prontidão em sua evocação nesta pesquisa.

Silva (2018), afirma que a QV das pessoas vivendo com HIV se ancora na saúde e no bem estar, e reforça que para o indivíduo entender que pode ter uma vida normal, diante de sua condição sorológica, estes precisam estar saudáveis. Silva (2018), também aborda a importância da saúde enquanto representação da QV ao descrever no seu estudo que no momento do diagnóstico o indivíduo é levado a refletir sobre os hábitos de cuidado à saúde e a adoção de um estilo de vida saudável.

Quando neste estudo afirmamos que “saúde” é um elemento de grande importância no contexto da representação, o fazemos também por comparação aos trabalhos anteriores citados, que evidenciam a “saúde” como elemento presente na representação social da QV desta população vivendo com HIV/aids. Ainda podemos avançar dizendo que “saúde” também é importante elemento de ligação para outros elementos encontrados especificamente neste estudo em população de municípios de pequeno porte.

Outro elemento que também compõe o possível núcleo central é “boa alimentação”, sendo o de maior frequência no estudo e o segundo mais prontamente evocado (rang 2,284). A expressão “boa alimentação” é muito recorrente em trabalhos que avaliam a qualidade de vida, sendo comum estarem compondo o possível núcleo central. É observado com possível centralidade nos trabalhos de Domingues, Oliveira e Marques (2018), Ribeiro (2020) e Costa, Oliveira e Formozo (2015). O que pode-se refletir sobre este elemento, “boa alimentação” é que, semelhante ao termo “saúde”, é um elemento coerente, quando analisado no âmbito de toda representação, que é também evidenciado em outros trabalhos com o mesmo tipo de grupo social.

Esta recorrência ocorre em decorrência do senso comum, que antecede as recomendações de saúde, onde o indivíduo associa que o comer bem pode lhe dar uma melhor qualidade de vida, e, considerando conviver com uma doença crônica, a boa alimentação pode ser entendida como promotora de boa saúde. Ainda não pode ser deixado de associar a reafirmação dos programas de saúde com as informações dos profissionais e das orientações Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), que recomendam a alimentação saudável, ressaltando, no caso de pessoas

vivendo com HIV, sua importância tanto como o acompanhamento laboratorial dos níveis de CD4 e carga viral.

O estímulo ao consumo de alimentos saudáveis, como ingestão de frutas, legumes e verduras diariamente, bem como a adição diária nas refeições de alimentos ricos em proteínas, o incentivo ao consumo adequado de água diariamente, tornar a alimentação um momento de satisfação, compartilhado com familiares e amigos, são atitudes incorporadas nos dez passos para promover a melhoria da QV de pessoas vivendo com HIV descritas no Manual clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Ao trazer a discussão para uma aproximação dos dois elementos, podemos observar sua forte ligação, uma vez que uma boa alimentação é fundamental para se manter a saúde, como é nitidamente colocado nos documentos do Ministério da saúde, como o Manual Clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV, já citado nesta discussão.

Também no núcleo central da representação da QV neste estudo aparece a expressão “estado psicológico”, que acaba por ser algo inovador em estudos do gênero, pois até então este elemento era encontrado somente fora da possibilidade de centralidade. No estudo de Ribeiro (2020) sobre a RS da QV com indivíduos que vivem com HIV no estado do Rio de Janeiro, realizado em municípios de grande porte, o elemento aparece na segunda periferia do grupo do município do Rio de Janeiro e não se manifesta nos municípios de Niterói e Macaé, que são de menores portes.

O Estado psicológico pode ser compreendido como a forma mental em que o indivíduo se encontra, podendo também ser entendido como o equilíbrio entre o psicológico e o emocional (BARROS, 2016). Assim, o “estado psicológico” pode ser entendido como sendo um bem-estar psicológico. Ryan e Deci (2001) descrevem que este tipo de estado psicológico se traduz como um bem-estar investigativo, que busca o potencial humano, chamado por estes autores como bem-estar eudemônico, apoiado em uma noção de pleno funcionamento das potencialidades de uma pessoa, na sua capacidade de pensar, usar o raciocínio e o bom senso.

A Região do Médio Paraíba/RJ se encontra fora da agitação dos grandes centros, é caracterizada pela maioria de seus municípios de pequeno porte, com características interioranas como a tranquilidade, poucas atividades sociais,

diferente da movimentação das cidades grandes. Estes aspectos evidenciam um modo de vida onde os indivíduos valorizam o sossego e a busca por atividades que proporcionem um bem-estar físico e mental, o que pode justificar a presença desta expressão como possível elemento central neste trabalho.

Para Ribeiro (2020), o “estado psicológico” é um enfrentamento positivo, e retrata os suportes sociais e emocionais que as pessoas com HIV reúnem para assim diminuir o impacto psicológico causado pela infecção e fortalecendo os vínculos terapêuticos frente ao enfrentamento, a rotina de tratamento e a adesão a TARV. Deste modo podemos afirmar que o “estado psicológico”, também possui forte ligação com os demais elementos do possível núcleo central nesse trabalho, se ajusta fortemente com “saúde”, na relação com o conceito de saúde como sendo um bem-estar não só físico, mas também mental, assim como com “boa alimentação”, pois o bem-estar mental muitas das vezes interfere fortemente nos hábitos alimentares.

Diante do exposto, pode-se observar que todos os elementos do possível núcleo central mantêm relação entre si: “boa alimentação”, o termo mais evocado e o segundo mais prontamente evocado, possui grande importância para a QV, enquanto uma dimensão corporal. Como dito anteriormente, uma alimentação saudável garante melhores taxas de CD4, contribuindo desta forma para a prevenção de doenças oportunistas, garantindo a sensação de higiene importante no contexto de vida desses indivíduos. O “estado psicológico” é compreendido como um fator de importância para a QV, pela necessidade de manter um equilíbrio mental para a manutenção do estado saudável, como o próprio conceito de saúde o apresenta; ele é parte integrante também para a manutenção de um corpo saudável. E o elemento “saúde”, mais prontamente evocado no possível núcleo central traduz, por hipótese, o sentimento das pessoas vivendo com HIV na relação com a QV. Todos os termos que compõem o possível núcleo central expressam em certa medida a atenção que a população estudada tem em relação a sua saúde.

Na primeira periferia, encontramos os elementos “lazer”, “atividade física” e “família”. Entre eles, o mais prontamente evocado foi o “lazer”, que também possui a menor OME (Rang 3,175), seguido de “atividade física” e posteriormente “família”. Os dois primeiros integram a dimensão corporal e o terceiro a dimensão social.

Nos trabalhos de Ribeiro (2020) e Domingues (2018), o termo “lazer” também integra a primeira periferia. Para Ribeiro (2020) pode ser entendido como uma

estratégia que busca manter a mente e o corpo saudáveis. Domingues (2017), atribui ao elemento o significado positivo com uma dimensão do cuidado de si.

Assim podemos associar o “lazer” aos elementos do núcleo central, ou seja, “estado psicológico” e “saúde”, na medida em que a prática de atividades de lazer tem influência direta no estado psicológico e, conseqüentemente, na boa condição da saúde. Assim, evidencia a importância que o grupo dá para este tipo de prática como fator relevante na busca pela QV.

Pupulin (2016) relata que atividades de lazer, sobretudo em grupos, proporcionadas às pessoas que vivem com HIV reduzem consideravelmente os níveis de cortisol sérico, por redução do stress, ansiedade e depressão, contribuindo para a manutenção da QV destes indivíduos.

O elemento “atividade física”, também presente nos trabalhos de Ribeiro (2020) e Domingues (2017) na primeira periferia, são respectivamente colocados pelas autoras como sendo elementos positivos com dimensões de cuidado. Para Pupulin (2016), a atividade física, igualmente como a atividade de lazer reduz níveis de cortisol, contribuindo para melhor QV.

Referente a atividade física, ainda cabe ressaltar sua importância frente a lipodistrofia. Barros et al (2007), aponta em seu trabalho que a atividade física regular, associada a uma boa alimentação produz grande impacto positivo na saúde deste grupo. Ressalta, ainda, que no grupo de pessoas vivendo com HIV, participantes de seu estudo, a atividade física contribuiu, associada a TARV, para redução de carga viral e melhora dos números de células CD4.

Deste modo observa-se a grande ligação da primeira periferia com o possível núcleo central. Os elementos “lazer” e “atividade física” mostram o conhecimento que o grupo tem em relação à importância desses elementos e também expressam o entendimento acerca do cuidado de si, contribuindo desta forma para um estado saudável do corpo e também da mente.

O termo “família” também é encontrado na primeira periferia deste estudo mostrando a importância que parte do grupo atribui ao apoio familiar para a QV na medida em que contribui para o enfrentamento da doença. Para Domingues (2017), o elemento “família” também está relacionado à dimensão do cuidado de si, e para Jesus (2017) fica claro que a tríade família, filhos e amigos é um importante pilar de sustentação para a convivência com o HIV.

Na análise dos elementos que compõe a zona de contraste, observa-se os elementos “viver bem”, “condição financeira” e “moradia”.

O “viver bem” é uma expressão subjetiva, que pode representar diversas vertentes, como viver bem economicamente, em relacionamentos interpessoais, ou até mesmo viver bem a partir da adaptação com o vírus. Assim, considera-se que esta expressão está associada à dimensão psicológica, porém reforçando o elemento “saúde” do núcleo central por refletir um novo estilo de vida em decorrência da adaptação no conviver com o HIV, o que proporciona bem-estar mental fortalecendo a saúde. Por outro lado, pode-se considerar também, e pelas razões expostas, que se trata de um processo de modificação da representação do viver com HIV que se incorpora à RS da QV e que se contrapõe a elementos negativos, como sofrimento e tristeza presentes na RS da aids para este grupo, especialmente nos primórdios da epidemia.

O elemento “viver bem”, pode ser também encontrado na zona de contraste em outros trabalhos que estudaram a representação social da QV de pessoas com HIV. Segundo Domingues (2017), expressa a dimensão do cuidado físico-corporal. Para Ribeiro (2020), o elemento “viver bem”, expressa uma dimensão atitudinal determinando a orientação de comportamento frente a representação social.

Também na zona de contraste encontra-se o termo “condições financeiras” que, nos estudos aqui mencionados, não foi citado pelos participantes. No presente estudo uma parcela dos participantes (15%) mencionou não possuir qualquer tipo de renda e outra mencionou possuir renda de até um salário mínimo, conforme pode ser observado nos resultados dos dados sociais. A situação econômica, provavelmente precária, deste grupo pode ter ativado esta situação que deve ser valorizada na busca pela QV, haja vista a influência das condições financeiras como um suporte material importante para este grupo com tantas demandas para o controle da doença. Assim, para este grupo em especial a condição financeira pode ser entendida como importante fator para QV, mostrando também o pensamento de um grupo específico, que não representa toda a população estudada. Oliveira (2005) e Sá (2002) destacam que os elementos da zona de contraste podem reforçar as noções presentes no núcleo central ou na primeira periferia, mas também revelar a existência de um subgrupo, pequeno, de indivíduos que portam uma forma de pensar diferente do grupo geral.

Outro termo também presente na zona de contraste é “moradia”, que, igualmente ao elemento “condições financeiras”, também pode expressar o pensamento de um grupo específico. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a renda é a principal causa das desigualdades de moradia e afirma que 83% das pessoas que não tem moradia própria e que vivem em condições precárias de habitação possuem renda inferior a três salários mínimos (IBGE, 2010). O que neste estudo guarda relação com as condições financeiras de parte do grupo explicando a relação entre esses termos. Há que se considerar, no entanto, que independente da condição financeira, uma parcela do grupo avalia que para ter QV também é essencial ter a garantia de uma moradia em boas condições.

Na zona de contraste do estudo pode-se observar o fortalecimento do possível núcleo central, com a expressão “viver bem”, que junto com “estado psicológico” compõe a dimensão psicológica, evidenciando a possibilidade de reforçar o termo “saúde”, mostrando de uma certa forma a adaptação do grupo estudado com sua condição de convivência com o vírus e a doença. E também pode-se observar o registro de um grupo específico e particular, quando cruzamos os dados sociais com os termos “condições financeiras” e “moradia”, revelando um pensamento que se diferencia do grupo geral de participantes ao valorizarem outros fatores que podem influenciar a QV.

A segunda periferia é descrita por Oliveira (2005) como sendo a parte do quadro de quatro casas constituída pelos elementos menos frequentes e conseqüentemente menos importantes. No estudo os termos que compuseram a segunda periferia foram: “amizade”, “tratamento”, “cuidados saúde”, “solidariedade” e “religiosidade”.

Neste trabalho observa-se “amizade” na segunda periferia, sendo um termo mais evocado neste quadrante, porém apresentando-se em penúltimo lugar na ordem de evocação, o que mostra a lembrança de poucos em relação aos laços de amizade como elemento coadjuvante para a QV.

O termo “tratamento”, também neste trabalho é evidenciado na segunda periferia como o segundo mais evocado no quadrante e o segundo mais prontamente evocado. Ribeiro (2020) relata que o “tratamento” está diretamente relacionado ao autocuidado e pode ser entendido como um elemento transformador, pois possibilita o controle do agravo e conseqüentemente a convivência com a doença. Para Domingues (2017), o tratamento com a TARV gera ambivalência,

sendo percebido ora como uma tortura, ora como retorno a vida normal. Deste modo encontrar neste trabalho o termo “tratamento” na segunda periferia é compreensível, pois com os avanços hoje da TARV e a constatação do sucesso do tratamento para o controle das doenças, não deixa de existir na fala de alguns, portanto não é mais entendido como sendo primordial no que se refere a QV.

O “cuidado saúde”, apresentado também na segunda periferia neste trabalho, é o elemento mais prontamente evocado do quadrante, porém com a penúltima frequência. Como “tratamento”, pode ser entendido também como sendo parte do autocuidado, e também um elemento transformador, pois o “cuidar da saúde” é que garantirá o sucesso para o controle do agravo e da doença. Ribeiro (2020), em seu estudo sobre QV para pessoas com HIV no Estado do Rio de Janeiro encontra “cuidados-saúde” na zona de contraste, sendo um termo que, para a autora, determina a orientação de comportamento frente a RS e expressa a relação de autocuidado.

“Solidariedade” e “religiosidade”, apresentam ambas a mesma frequência, e são encontradas na segunda periferia deste estudo. No trabalho de Domingues (2017), o termo “solidariedade”, também é encontrado na segunda periferia e para a autora este elemento possui atribuições positivas e representa uma dimensão do cuidado com o outro. Referente a “religiosidade” ou “espiritualidade”, podem ser considerados como fonte de suporte social para o enfrentamento da doença. Hipólito (2016) afirma a positividade do termo “religiosidade”, ou, como colocado pelo autor, espiritualidade, ressaltando sua importância influenciadora nos fatores referente a QV.

Diante do exposto até o momento, a partir das análises dos termos que constituíram o quadro de quatro casas, pode-se apontar os elementos que possivelmente constituem a representação social da QV das pessoas vivendo com HIV dos municípios de pequeno porte da Região do Médio Paraíba. Para Tanto, como uma alternativa de melhor aproximação do possível núcleo central, adotou-se a técnica da análise de similitude. Para Mendes, et al (2015), a análise de similitude permite uma melhor visualização das relações existentes entre as palavras, nos apresenta suas conectividades dentro de cada classe, bem como suas ligações entre outras classes, permitindo deste modo uma melhor análise do núcleo central e do sistema periférico.

Na análise de similitude pode ser identificado os termos com maior quantidade de conexão: “boa alimentação”, com o maior número de conectividades, seguido de “lazer” e “atividade física”, reforçando deste modo a possibilidade de centralidade do termo “boa alimentação”, e reforçando a hipótese da possível centralidade dos termos “lazer” e “atividade física”, conforme já mencionado.

Neste estudo “boa alimentação”, está presente no quadro de quatro casas como possível núcleo central, sendo o termo mais frequentemente evocado e o segundo termo mais prontamente evocado. Com este achado, associado ao da estrutura da análise de similitude, pode-se sustentar a afirmativa de ser forte candidato à centralidade na representação do grupo. A sua inserção na representação expressa uma dimensão do conhecimento que o grupo possui acerca da importância da alimentação como essencial e coadjuvante no tratamento. Além de fornecer os nutrientes necessários à manutenção do funcionamento do organismo, ela auxilia na absorção dos medicamentos e na redução dos seus efeitos colaterais, fortalecendo o sistema imunológico.

Considera-se que para os participantes deste estudo, além da alimentação repercutir diretamente no tratamento geral da infecção/doença, ela traduz-se em um cuidado de si como medida de autoproteção, o que explica a relação também com “saúde”. Meirelles et al. (2010) relatam que a alimentação adequada está diretamente relacionada ao cuidar da saúde. Domingues (2018) afirma que “boa alimentação” expressa a dimensão do cuidado físico-corporal, ratificando o pensamento de Meirelles et al. (2010), como também afirmando a importância da “boa alimentação”, para a QV e na manutenção da saúde.

É importante ressaltar que as relações estabelecidas entre “boa alimentação”, “tratamento” e “saúde” se expressam na estrutura da árvore de similitude. Além delas, conforme já mencionado, a expressão se liga ao termo “família” cujo sentido pode estar relacionado ao apoio material fornecendo os alimentos ou promovendo condições para que possam ter garantidos os insumos necessários para a alimentação adequada, revelando também uma forma de apoio social importante para a QV.

A expressão “boa alimentação” também estabelece ligações fortes com “lazer” e “atividade física” mostrando coerência nesta relação, constituindo a dimensão corporal. Essa tríade pode ser interpretada como reflexo do conhecimento e/ou das práticas de cuidado com o corpo que o grupo considera importantes para a

QV. Estão relacionadas às medidas de promoção da saúde importantes para a manutenção/recuperação da saúde, com reflexos na QV.

O termo “lazer” emerge da primeira periferia do quadro de quatro casas e associado à análise de similitude se mostra como possível candidato ao núcleo central da representação. Além de sua associação à “boa alimentação”, conforme já mencionado, ele também tem uma ligação com “amizade”, que pode ser interpretada pelo fato de as atividades de lazer serem realizadas com amigos ou, ainda, pela chance do estabelecimento de novas amizades, ampliando assim a inserção social do indivíduo.

Embora não evidenciado na árvore de similitude pelas razões já expostas na descrição do resultado, o termo “lazer” também estabelece conexão relativamente forte com a expressão “atividade física”. Esta relação guarda coerência na medida em que as atividades físicas (como fazer corridas, caminhadas e exercícios na academia, entre outras) podem estar inseridas no rol das práticas de lazer e que podem ser desenvolvidas junto aos amigos, conforme já pontuado. Estas relações evidenciam práticas para promoverem a saúde desenvolvidas pelo grupo e se traduzem em reflexo da boa qualidade de vida que afirmam ter. Dito de outra forma, se temos boa qualidade de vida podemos fazer atividades físicas e de lazer junto aos nossos amigos.

Para Domingues (2017), “lazer” também expressa a dimensão do autocuidado, diretamente relacionado ao cuidado de si. Lazer é citado por Seidl e Zannon (2004), como sendo um elemento importante para o conceito de QV. Deste modo pode-se dizer que este termo é condicionado no imaginário de muitos como sendo importante para se ter QV.

Quanto ao termo “atividade física”, em função da alta frequência na análise prototípica e das ligações que estabelece na árvore de similitude, pode-se supor que se mostra como forte candidato a centralidade. Ele expressa um conhecimento e/ou uma forma de cuidado corporal praticada ou considerada importante pelo grupo, assim como a “boa alimentação” e o “lazer”. Pode-se supor ainda que a ativação deste termo pelo grupo estudado esteja relacionada com as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde para essas pessoas vivendo com HIV. Essas orientações são observadas no cotidiano dos serviços de saúde no atendimento a esta população, dada a importância da prática de exercícios no contexto do tratamento e do cuidado corporal.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) destaca estudos que apontam a atividade física para as pessoas vivendo com HIV como uma importante ação benéfica, atuando não só no estado clínico da pessoa vivendo com o vírus e no seu condicionamento físico, como também interferindo positivamente sobre os diversos aspectos psicológicos que são alterados em detrimento da infecção. A atividade física por aumentar a aptidão física, a força e resistência muscular está diretamente relacionada a saúde, conforme pontua Ribeiro (2020).

Além das ligações com os termos “boa alimentação” e “lazer”, já mencionadas anteriormente, estabelece também conexão com “estado psicológico”, refletindo um benefício que o exercício físico traz para a melhoria da saúde mental dos indivíduos.

Cabe ainda tecer algumas considerações acerca do termo “saúde”, que é encontrado no quadro de quatro casas como possível elemento central, mas não confirmado na análise de similitude, pois, embora faça conexões com outros termos, como “lazer”, “atividade física” e “estado psicológico” apresenta um índice de similitude mais forte somente com o termo “boa alimentação”.

Analisando-se os conteúdos do núcleo central do quadro de quatro casas e a estrutura da árvore de similitude, verifica-se que somente o termo “boa alimentação” confirma a indicação de centralidade. Os termos “saúde” e “estado psicológico” dadas as suas frequências não muito expressivas e as ligações mais fracas na árvore de similitude reforçam a possibilidade de serem elementos periféricos, mas que tem sua importância na complementaridade dos significados expressos nesta representação.

Um aspecto a ser ressaltado diz respeito ao destaque dado pelo grupo à expressão “estado psicológico”, que é um diferencial nesta representação quando comparado a outros estudos, como o de Ribeiro (2020) e Hipólito (2015). O termo expressa pensamentos positivos, paz interior, saúde mental, entre outros aspectos citados, e que é valorizado por parte do grupo mostrando-se como um componente importante no contexto da QV. Revela-se como uma consequência e também complementaridade na sua relação com o desenvolvimento de atividades físicas no ensejo de cuidar do corpo e da mente mantendo-os equilibrados para o melhor enfrentamento da doença e, por consequência, contribuindo para a QV.

Continuando na análise comparativa de ambas as estruturas, constata-se que os elementos “lazer” e “atividade física”, presentes na primeira periferia do quadro de quatro casas e com potencial indicação à centralidade, em função das altas

frequências, tem esta possibilidade confirmada na árvore de similitude em razão do quantitativo de conexões.

Por fim, analisando-se de *per si* a estrutura da árvore de similitude pode-se inferir que os três núcleos de sentido formados por “boa alimentação”, “lazer” e “atividade física” expressam o conhecimento do grupo acerca de boas práticas específicas para a promoção da saúde, ou mesmo realizadas como uma regra que os guiam para a obtenção ou manutenção da saúde necessária para salvaguardar a QV, evidenciando, assim, um núcleo com forte dimensão funcional.

Pode-se inferir ainda que estes núcleos de sentido estão focados em condições de natureza pessoal de um lado e de condições de natureza social de outro. A prática da “boa alimentação”, que é concebida pelo grupo como um importante elemento no contexto da representação da QV, para ser exercida depende de fatores de cunho pessoal, pois requer a disposição para se alimentar, dos recursos disponíveis, do tipo de tratamento e auxílio da família. Por outro lado, as de natureza social são aquelas que podem ser realizadas em grupo e promovem a inclusão social e melhoram a socialização. Elas se revelam no termo “lazer” cujas atividades podem ser realizadas com amigos ou que podem propiciar a ampliação do círculo de amizades e pela expressão “atividade física”, cuja prática de exercício também pode ser desenvolvida em grupo, inclusive considerada uma atividade de lazer para alguns indivíduos, e que traz consequências positivas para a saúde mental, conforme já pontuado anteriormente.

Ao redor desses núcleos de sentido orbitam, então, os elementos que possuem uma relação de causalidade, de consequência ou complementação, mas que evidenciam outra faceta por se mostrarem como ações mais gerais de promoção da saúde.

Deste modo uma análise acerca dos aspectos sociais e representacionais da QV de pessoas vivendo com HIV nos municípios de pequeno porte do Médio Paraíba/RJ, evidencia que estes indivíduos, em sua maioria, não se consideram adoecidos, não apresentam sintomas relacionados à doença ou ao uso do antirretroviral, não vivem sozinhos e apresentam condições básicas para atendimento de suas necessidades mais prementes. Esta configuração social faz supor que influenciam na avaliação positiva que possuem da sua QV. A constituição representacional é assentada nas dimensões corporal, psicológica, processos saúde-doença, social e determinantes sociais, que traduzem o pensamento social do

grupo sugerindo atenção para a proteção da saúde como pilar para a busca ou manutenção da QV.

Diante dos achados apresentados pelas evocações livres e analisados pela técnica do Quadro de Quatro Casas e pela Análise de Similitude, pode-se considerar que a representação social da QV das pessoas vivendo com HIV residentes nos municípios de pequeno porte da Região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro guarda relação com cuidados de saúde e a busca do bem-estar, importantes aliados para a QV. Para tanto, na busca de sua melhor QV, o grupo preza pelo cuidado de si, dando importância a elementos como uma boa alimentação, as atividades físicas e o lazer para auxiliarem na promoção de um bem estar físico e mental e a manutenção de um bom estado psicológico.

Pode-se supor que os elementos que se destacam nesta representação, como “boa alimentação”, “saúde”, “estado psicológico”, “atividade física” e “lazer”, expressam um conceito de saúde do grupo estudado que está vinculado ao bem-estar físico, psíquico e social, e não somente a ausência de adoecimento. Para esta população a combinação de uma alimentação adequada aliada a um bom estado psicológico, o qual pode ser alcançado com atividades de lazer e por meio de atividades físicas, constituem-se em fatores essenciais para o alcance da QV. Mesmo tendo uma doença crônica, a saúde é a balizadora para que considerem ter uma boa qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando somos levados a refletir sobre o HIV/aids, uma infecção relativamente nova em nosso meio e carregada de muitos estigmas, sentimos ainda mais a necessidade de conhecer como os grupos sociais pensam a doença, com que representação social esta doença se apresenta diante dos diversos grupos que convivem com ela, e ainda como percebem sua qualidade de vida portando a infecção. Tendo em vista que as representações sociais exibem o pensamento do indivíduo e do grupo, assim, a representação social de sua QV pode auxiliar na atenção, prestação do cuidado ao indivíduo, promoção da saúde e prevenção da doença nos grupos sociais, bem como na conscientização de profissionais de saúde para a melhor atenção em suas práticas profissionais.

Pensar a representação social da QV, a partir de um indivíduo vivendo com uma doença fortemente estigmatizada pela sua história, deve-se levar em consideração as construções dos saberes da população estudada que são constituídos a partir de uma rede complexa envolvendo níveis individuais e coletivos reforçados pelos contextos familiares, históricos e socioculturais. Assim, ao pensar em uma população que vive em uma realidade interiorana, onde a infecção pelo HIV é vista ainda como sendo um grande tabu e envolvida em preconceitos é um grande salto para a busca de medidas para melhorar a assistência a estes indivíduos e ajudá-los no enfrentamento com a doença com vistas à busca de melhor QV.

Os municípios de pequeno porte da Região do Médio Paraíba, apresentam uma característica tipicamente interiorana. No que se refere ao tratamento do HIV/aids, muitas vezes os indivíduos migram de um município para outro em busca de tratamento para que não sejam expostos no que se refere à sua condição sorológica. No entanto, mesmo com esta mobilidade interna observa-se uma boa cobertura à esta população com um verdadeiro sistema de rede entre os programas municipais para melhor assistir sua população vivendo com HIV/aids.

Este trabalho permitiu não somente entender a representação social da Qualidade de Vida desta população da Região do Médio Paraíba, mas também pôde evidenciar quão bem estruturada está a Região no atendimento as pessoas que vivem com HIV/aids. Forneceu subsídios que possibilitaram a percepção da força e

eficiência do sistema de rede de assistência existente entre os municípios que em sua grande maioria possuem população inferior a 50.000 habitantes.

O trabalho pode demonstrar que esta população se encontra bem assistida, pois a grande maioria não se vê adoecida e entende que vivem com o HIV, com uma infecção controlada, e mais de 90% dos participantes relatam não possuir nenhuma sintomatologia relacionada a doença. Estes dados demonstram de certa forma a qualidade do atendimento à população e a eficiência da assistência.

No que se refere ao objetivo geral do estudo, há de se afirmar que foi alcançado na medida em que, a partir dos métodos de análise dos dados, pode-se analisar a representação social da QV das pessoas que vivem com HIV nos municípios de pequeno porte da Região do Médio Paraíba. Os conteúdos que constituem a representação social da QV permitiram identificar como o grupo estudado pensa acerca desta questão parecendo construir uma teoria própria onde fatores de apoio social e práticas de promoção da saúde contribuem para a boa qualidade de vida, na medida em que proporcionam saúde física e mental.

A técnica de evocação livre de palavras permitiu identificar os elementos constitutivos da representação, e as técnicas de análise dos dados (prototípica e de similitude) possibilitaram identificar e descrever a organização desses elementos, assim como colocar em evidência aqueles com forte indicação de centralidade, ou seja, os que dão sentido à representação do grupo.

A análise dos dados, a partir da associação de ambas as técnicas de análise, possibilitou inferir que os possíveis elementos centrais são “boa alimentação”, “atividade física” e “lazer” e que os termos “saúde”, “estado psicológico” e “família” se constituem em elementos da periferia que estabelecem conexões com os primeiros.

Assim, a partir deste contexto, pode-se afirmar que as pessoas vivendo com HIV da Região do Médio Paraíba pensam que mantendo corpo e mente em harmonia asseguram a boa saúde alcançando melhor QV. Para se chegar a esta harmonia de corpo e mente observam que é fundamental manter boa alimentação, exercitar-se e desenvolver atividades de lazer para manter um equilíbrio mental.

Deste modo considera-se que o estudo atingiu os objetivos propostos e, também, revelou as contribuições para os profissionais de saúde, para ciência e para a Região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro e para o Grupo de Pesquisa. Reafirma a contribuição que TRS proporciona em estudos com esta

temática permitindo a compreensão da complexidade do fenômeno estudado, revelando os comportamentos deste grupo e contribuindo deste modo com importantes informações para a elaboração de planos de assistência e estratégia de atuação junto as pessoas vivendo com HIV.

Em decorrência da pandemia da Covid-19, que impôs o isolamento social, não foi possível desenvolver a coleta de dados por meio da entrevista, prevista inicialmente no Projeto de pesquisa, com o intuito de aprofundar os conteúdos e significados da representação social. Isto se constituiu em uma limitação do estudo, pois enriqueceria a discussão do fenômeno estudado.

BIBLIOGRAFIA

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira, A. S. P.; Oliveira, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

ABRIC, J. C.. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimento recente. In: Campos, P. H. F. , Loureiro, M. C. S. (Org.). **Representações Sociais e Práticas educativas**. Goiânia. Ed. UCG, 2003. p. 37-57.

ANDRADE, J. S.; FIGUEIREDO, R. M. P.; AZEVEDO, T. T. **Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids: contribuições para o cuidado de enfermagem**. 2018. 119 f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 2018.

ANTUNES, R. F. **Representação social da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV atendidas em dois serviços de atendimento especializado do município do Rio de Janeiro**. 2020. 74 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro UERJ, Rio de Janeiro, 2020.

BARBETA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 4. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2001. 338 p.

BARROS, M. M. **Diferença entre estado psicológico, estado emocional e estado mental**. Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo 2016. Disponível em: < <https://pt.quora.com/Qual-%C3%A9-a-diferen%C3%A7a-entre-estado-psicol%C3%B3gico-estado-emocional-e-estado-mental>> acessado em: 01 nov. 2020.

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. vol.27 no.2 Florianópolis 2018 Epub 28-Maio-2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Manual clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e aids**. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/tags/publicacoes/atividade-fisica> >. Acesso em: 09 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV AIDS**. Vol. 49, N.º 53. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e hepatites virais. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS**. 2019a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv aids-2019>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília, 2020. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv aids-2019> >. Acesso em: 09 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Indicadores e dados básicos do HIV/AIDS nos municípios brasileiros**. Disponível em: < <http://indicadores.aids.gov.br/> >. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília, 2020b (Edição especial) Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv aids-2020>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CATUNDA, C.; SEIDL, E. M. F.; LAMÉTAYER, F. **Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégia de enfrentamento**. Psicologia: Teoria e Pesquisa. V32, n. esp. p.1-7, Brasília, 2016.

CARDOSO, G. P.; ARRUDA, A. **As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica**. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):151-162, 2004. Disponível em:< https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100022 >. Acesso em: 29 nov. 2020.

COSTA, T. L. **O setor saúde nas representações sociais do HIV/aids e qualidade de vida de pessoas soropositivas**. Esc. Anna Nery. 19(3). P475-483. Rio de Janeiro, 2015.

COSTA, T. L. et al. **Qualidade de vida e pessoas vivendo com AIDS: relação com aspectos sociodemográficos e de saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jul.-ago. 2014;22(4):582-90. Access:15/12/2020; Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00582.pdf> DOI: 10.1590/0104-1169.3350.2455

COSTA, T. L. da; OLIVEIRA, D. C. de; 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**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 365-376, fev. 2015. Disponível em:<

<https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00365.pdf> > DOI
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00180613>. Acesso em: 01 nov. 2020.

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

DOMINGUES, J. P. **Representações Sociais da qualidade de vida e do cuidado de saúde de pessoas que vivem com HIV/aids no município de Rio de Janeiro**. 2017. 173 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – **Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro UERJ**. Rio de Janeiro, 2017.

DOMINGUES, J. P.; OLIVEIRA, D. C. de; MARQUES, S. C. **Representações Sociais da Qualidade de Vida de Pessoas que Vivem com HIV/aids**. Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 27, n. 2, e1460017, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200324&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2020.

FLECK, M. P. A. et al. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)**. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 1999, vol.21, n.1, pp.19-28. ISSN 1516-4446. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf> > DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>.

FERREIRA, M. A. **Teoria das representações sociais e contribuições para as pesquisas do cuidado em saúde e de enfermagem**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 214-219, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0214.pdf> >. Acesso em: 20 dez. 2019.

GALVÃO, M. T. G. **Qualidade de vida e adesão à medicações antiretroviral em pessoas com HIV**. Acta Paul. Enferm. São Paulo, v.28. n. 1, p. 48-53, Feb. 2015. Disponível em:< http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000100048&lng=en&nrm=iso > . Acesso em: 15 de jul. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2002. p. 44.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. **O processo de coleta e análise dos conteúdos e da estrutura das representações sociais: desafios e princípios para a enfermagem**. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. **Qualidade de vida: identidades e indicadores**. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Org.). Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas. Barueri: Manole, 2004. p. 3-25.

GRECO, D. B. **Trenta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.5, pp.1553-1564. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05->

1553.pdf > DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.04402016>. Acesso em: 15 de Jul. 2020.

Herculano S. **A qualidade de vida e seus indicadores**. In: Herculano S, Porto MFS, Freitas CM, organizadores. *Qualidade de vida & riscos ambientais*. Niterói: Ed. UFF; 2000. p. 219-245.

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

HIPOLITO, R. L. et al. **A teoria das representações sociais e a qualidade de vida/HIV/aids: revisão integrativa de literatura**. Rev. de Pesq.: Cuidado é Fundamental Online. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3609-3623, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3592/pdf_1760>. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3609-3623. Acesso em: 07 nov. 2020.

Hipolito RL, Oliveira DC, Costa TL, Marques SC, Pereira ER, Gomes AMT. **Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2874. Access:07/03/2021; Available in: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-2874.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>. Acesso em 10 nov. 2020.

JODELET, D. **Representações Sociais: um domínio em expansão**. In JODELET, D (Org.). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

JESUS, G. J. et al. **Dificuldades do viver com HIV/aids: entraves na qualidade de vida**. Acta Paul. Enferm., v. 30, n. 3, p. 301-307, maio 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0301.pdf>>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700046> . Acesso em: 01 nov. 2020.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C., TAKAYANAGUI, A. M. M. **Qualidade de vida: aspectos conceituais**. Revista Salus-Guarapuava-PR. jan./jun. 2007; 1(1): 13-15

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

MAZZOTTI, A. J. A. **A abordagem estrutural das representações sociais**. Pisc. da Ed., São Paulo, 14/15, 1.º e 2.º sem. de 2002, p. 17-37.

MEDEIROS, B.; SILVA, J.; SALDANHA, A. A. W. **Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS**. Estudos de Psicologia, v.18, n.4, p. 543-550, out.-dez. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n4/a01v18n4.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2020.

MEDEIROS, R. C. S. C. et al, **Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e prática de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/aids**. Rev. Saúde Pública. 2017. São Paulo.

MEIRELLES, B. H. S., **Percepções da Qualidade de Vida de Pessoas com Hiv/Aids**. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 68-76, jul./set.2010. Disponível em: < http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12405/1/2010_art_bhsmeirelles.pdf >. Acesso em: 09 nov. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. et al. **Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário**. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):7-18, 2000.

MINAYO, MCS., SOUZA, ER., and CONSTANTINO, P., coords. **Indicadores objetivos de qualidade de vida: moradia, transporte, descanso e lazer**. In: **Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 270-281. ISBN 978-85-7541-339-5. Available from SciELO Books. Disponível em: < <http://books.scielo.org> >. Acesso em: 05 nov. de 2020.

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., GUIMELLI, C. . **Les représentations sociales**. Grenoble, Fr: **Presses Universitaires Grenoble**. Genoble, 2015.

MORAES, R. B. **Representação social da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV no município do Rio de Janeiro: comparação intragrupos**. 2019. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 2019

MOSCOVICI, S. **O fenômeno das representações sociais**. In **S. Moscovici**. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2005.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978.

MORAES, P. R. et al. **A teoria das representações sociais**. Revista Eletrônica Direito em Foco. UNISEPE. Recife, 2013. Disponível em < <http://unifia.edu.br/revistaeletronica/revistas/direitofoco/artigos/ano2013/teoriarepres entacoes.pdf> > Acesso em: 9 jun. 2019.

NETO, J. F. R.; LIMA, L. S.; ROCHA, L. F.; et al. **Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais**. Rev Med Minas Gerais; 20(1): 22-29. Montes Claros, MG. 2010.

NÓBREGA, S. M. **Sobre a Teoria das Representações Sociais.** In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). Representações Sociais: teoria e prática. João Pessoa: Editora Universitária, 2001. 467p.

OKUNO, M. F. P. et al. **Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(7):1551-1559, Jul, 2014. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0301.pdf> > DOI: <http://dx.doi.org/10.159/0102-311X00095613>. Acesso em: 15 jul. 2020.

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. Disponível em: < <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7508> > <https://doi.org/10.5216/ree.v9i3.7508>. Acessado em: 22 jul. 2020.

OLIVEIRA, D. C. **Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para o cuidado em saúde.** Rev. Latino-AM de Enfermagem, Ribeirão Preto. 2013.

OLIVEIRA FILHO, J. S. et al. **Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS.** Rev. Baiana Enferm., v. 28, n. 1, p. 61-68, jan.-fev. 2014. Disponível em: < <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/9088/8707> >. Acesso em: 24 maio 2019.

OLIVEIRA, F. B. M. et al. **Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS.** Acta Paul. Enfermagem. São Paulo, v. 28, n. 6, p. 510-516, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194-ape-28-06-0510.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2020.

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, F. J. S, et al. **Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids.** Rev Baiana Enferm . 2014;28(1):61-8.<https://doi.org/10.18471/rbe.v28i1.9088>.

OLIVEIRA, D.C. **Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/Aids no Rio de Janeiro.** Projeto de pesquisa apresentado ao CNPq. 2013.

OLIVEIRA, F. B. M. MOURA, M. E. B. ARAUJO, T. M. E. ANDRADE, E. M. L. R. **Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS.** Acta Paul. Enferm. 2015; 28(6):510-6. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194-ape-28-06-0510.pdf>> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500086>. . Acesso em: 31 mar. 2021.

OLTRAMARI, Leandro. **Um Esboço sobre as Representações Sociais da AIDS nos Estudos Produzidos no Brasil.** Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, v. 4, n. 45, p. 2-17, jan. 2003. ISSN 1984-8951.

Disponível em: <
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1948>>.
DOI:<https://doi.org/10.5007/1948> Acesso em: 9 jun. 2019..

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Instrumento Whoqol-Hiv. Manual do usuário. Saúde mental: pesquisa e evidência departamento de saúde mental e dependência química organização mundial da saúde.** Genebra, 2002. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol_hiv_01.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2016.

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.

PIMENTEL, S. S. **A qualidade de vida entre pessoas que vivem com HIV/Aids na perspectiva da abordagem estrutural das representações sociais.** 2016. 62 f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 2016.

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.

PUPULIN, A. R. T.; HEROLD, P.; MONTEIRO, M. A. et al. **Efeito de exercícios físicos e de lazer sobre os níveis de cortisol plasmático em pacientes com Aids.** Rev. Bras. de Ciências do Esporte. 38(4):328-333. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0101328916000160?via%3Dihub>> Acesso em: 01 nov. de 2020.

REIS, R. K., et. al. **Qualidade de Vida, Aspectos Sociodemográficos e de Sexualidade de Pessoas Vivendo com Hiv/Aids.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 565-75.

RIBEIRO, V. B. **Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV: um estudo comparativo intergrupos.** 2020. 171 f. Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ - Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2020.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. **On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being.** Annual Review of Psychology, 52, 141-166. 2001.

SÁ, C.P. **Núcleo Central das Representações Sociais.** Petrópolis: Vozes, 2002.

SÁ, C.P. **Estudos de Psicologia Social: história, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro, EDUERJ, 2015.

SAMPAIO, L. A. **Avaliação da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids no município do Rio de Janeiro**. 2018. 135 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual do Rio de Janeiro UERJ, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2018.

SAMPIRE, R. H.; COLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica Gerência de IST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV e AIDS 2018**. Dezembro 2018.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf> >. Acesso em 09 nov. 2020.

SILVA, C. P. **Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids em uma perspectiva temporal no município do Rio de Janeiro**. 2018. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro UERJ, Rio de Janeiro, 2018.

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 Estadual do Rio de Janeiro UERJ, Rio de Janeiro, 2018.

Silva F. S., Oliveira F. B. M., Mendes A. C. C. et. al. **Preditores associados à qualidade de vida em pessoas vivendo com hiv/aids: revisão integrativa**. Rev. Pre. Infec. e Saúde.2015;1(2):53-63. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3589/pdf> . Acesso em: 31 de mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v1i2.3589> .

SOARES, G. B. et al. **Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço especializado em Vitória (ES), Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1075-1084, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000401075&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 13 out. 2020.

SOUZA, I. S. **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. 144 f. Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ - Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2020.

SOUZA, A. S.; Kantorski, L. P., BIELIMANN, V. L. M.; **A Aids no interior da família: percepção, silêncio e segredo na convivência social**. Maringá, v. 26, no. 1, p. 1-9, 2004. Disponível em:<

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1603/1051>.
Acesso em: 31/10/2020.

TENÓRIO, L.M.C.; RODRIGUES, S.T.C.; TRINDADE, R.F.C.; et al.
Representações Sociais de Mulheres Soropositivas para o HIV Acerca da Sexualidade. Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(2):633-42, fev., 2015

TRINDADE, F. F. ; FERNANDES, G. T; NASCIMENTO, R. H. F. ; JABBUR, I. F. G.; CARDOSO, A. S. **Perfil epidemiológico e análise de tendência do HIV/AIDS.** Jornal Health NPEPS. Montes Claros MG; 4(1):153-165; 2019.

TORRES, T. L., CAMARGO, B. V. **Representações sociais da Aids e da Terapia Anti-retroviral para pessoas vivendo com HIV.** Rev. Psicologia. Santa Catarina V. 8, N. 1. P. 64-78, 2008.

VIDO, M. B., FERNANDES, R. A. Q. **Qualidade de Vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida.** Jornal Brasileiro de Enfermagem. V.6, N.2.

VIEIRA, R. R. F. **O estigma no trabalho: a vivência de profissionais soropositivos.** 2018. 94 f. Dissertação (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Faculdade de Administração. Belo Horizonte, 2018.

WACHELKE, J; WOLTER, R. **Crerios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais.** Psicologia Teoria e Prática. São Paulo, v. 27, n. 4, p. 521-526, 2011. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/17.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

ZIMPEL, R.; FLECK, M.P.A. **Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version.** AIDS Care, n. 19, p. 923-30, 2007.

ANEXOS

ANEXO A: Carta de Anuência



Secretaria Municipal de Saúde de Barra Mansa

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos com o desenvolvimento do Projeto de pesquisa que pretende estudar sobre a **Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV na Região do Médio Paraíba do Estado do Rio De Janeiro**, a ser executado pelo pesquisador mestrando do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), REYNALDO DE JESUS OLIVEIRA JÚNIOR, sob a orientação do Prof. Dr. SERGIO CORRÊA MARQUES, professor Adjunto do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Faculdade de Enfermagem da UERJ. O projeto tem por objetivo "Analisar a qualidade de vida entre pessoas que vivem com HIV atendidas nos Programas Municipais de IST/AIDS dos municípios de pequeno e médio portes da região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro".

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, pelo pesquisador, aos aspectos éticos e legais que são observados em respeito a resolução 466/12 (CNS). O presente estudo apoia-se no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do projeto matriz "Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro", aprovado sob o n.º do protocolo CAAE 47411315.3001.5279, e parecer n.º 1.441.788. O pesquisador e seu orientador também se comprometem a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

23/07 /2019.

Nome:

Sérgio Gomes da Silva


 Sérgio Gomes da Silva
 Secretário Municipal de Saúde
 Barra Mansa - RJ



Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Piraí

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos com o desenvolvimento do Projeto de pesquisa que pretende estudar sobre a **Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV na Região do Médio Paraíba do Estado do Rio De Janeiro**, a ser executado pelo pesquisador mestrando do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), REYNALDO DE JESUS OLIVEIRA JÚNIOR, sob a orientação do Prof. Dr. SERGIO CORRÊA MARQUES, professor Adjunto do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Faculdade de Enfermagem da UERJ. O projeto tem por objetivo "Analisar a qualidade de vida entre pessoas que vivem com HIV atendidas nos Programas Municipais de IST/AIDS dos municípios de pequeno e médio portes da região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro".

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, pelo pesquisador, aos aspectos éticos e legais que são observados em respeito a resolução 466/12 (CNS). O presente estudo apoia-se no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do projeto matriz "Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro", aprovado sob o n.º do protocolo CAAE 47411315.3001.5279, e parecer n.º 1.441.788. O pesquisador e seu orientador também se comprometem a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

23 / 07 / 2019.

Nome:

Reynaldo de Jesus Oliveira Júnior

Assine e Carimbo



Secretaria Municipal de Saúde de Itatiaia

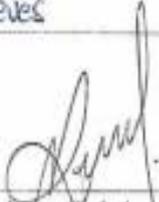
CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos com o desenvolvimento do Projeto de pesquisa que pretende estudar sobre a **Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV na Região do Médio Paraíba do Estado do Rio De Janeiro**, a ser executado pelo pesquisador mestrando do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), REYNALDO DE JESUS OLIVEIRA JÚNIOR, sob a orientação do Prof. Dr. SERGIO CORRÊA MARQUES, professor Adjunto do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Faculdade de Enfermagem da UERJ. O projeto tem por objetivo "Analisar a qualidade de vida entre pessoas que vivem com HIV atendidas nos Programas Municipais de IST/AIDS dos municípios de pequeno e médio portes da região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro".

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, pelo pesquisador, aos aspectos éticos e legais que são observados em respeito a resolução 466/12 (CNS). O presente estudo apoia-se no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do projeto matriz "Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro", aprovado sob o n.º do protocolo CAAE 47411315.3001.5279, e parecer n.º 1.441.788. O pesquisador e seu orientador também se comprometem a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

28 / 06 / 2019.

Nome: Nilson Rodrigues Neves


Ass. e Carimbo



Secretaria Municipal de Saúde de Pinheiral

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos com o desenvolvimento do Projeto de pesquisa que pretende estudar sobre a **Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV na Região do Médio Paraíba do Estado do Rio De Janeiro**, a ser executado pelo pesquisador mestrando do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), REYNALDO DE JESUS OLIVEIRA JÚNIOR, sob a orientação do Prof. Dr. SERGIO CORRÊA MARQUES, professor Adjunto do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Faculdade de Enfermagem da UERJ. O projeto tem por objetivo "Analisar a qualidade de vida entre pessoas que vivem com HIV atendidas nos Programas Municipais de IST/AIDS dos municípios de pequeno e médio portes da região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro".

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, pelo pesquisador, aos aspectos éticos e legais que são observados em respeito a resolução 466/12 (CNS). O presente estudo apoia-se no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do projeto matriz "Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro", aprovado sob o n.º do protocolo CAAE 47411315.3001.5279, e parecer n.º 1.441.788. O pesquisador e seu orientador também se comprometem a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

28 / 06 / 2019.

Nome: Ernesto de S. Araújo

Ass. e Carimbo



Secretaria Municipal de Saúde de Pirai

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos com o desenvolvimento do Projeto de pesquisa que pretende estudar sobre a **Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV na Região do Médio Paraíba do Estado do Rio De Janeiro**, a ser executado pelo pesquisador mestrando do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), REYNALDO DE JESUS OLIVEIRA JÚNIOR, sob a orientação do Prof. Dr. SERGIO CORRÊA MARQUES, professor Adjunto do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Faculdade de Enfermagem da UERJ. O projeto tem por objetivo "Analisar a qualidade de vida entre pessoas que vivem com HIV atendidas nos Programas Municipais de IST/AIDS dos municípios de pequeno e médio portes da região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro".

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, pelo pesquisador, aos aspectos éticos e legais que são observados em respeito a resolução 466/12 (CNS). O presente estudo apoia-se no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do projeto matriz "Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro", aprovado sob o n.º do protocolo CAAE 47411315.3001.5279, e parecer n.º 1.441.788. O pesquisador e seu orientador também se comprometem a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e ou das comunidades.

28 / 06 / 2019.

Nome: Maria da Conceição de Souza Rocha

Ass. e Carimbo



Secretaria Municipal de Saúde de Porto Real

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos com o desenvolvimento do Projeto de pesquisa que pretende estudar sobre a **Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV na Região do Médio Paraíba do Estado do Rio De Janeiro**, a ser executado pelo pesquisador mestrando do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), REYNALDO DE JESUS OLIVEIRA JÚNIOR, sob a orientação do Prof. Dr. SERGIO CORRÊA MARQUES, professor Adjunto do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Faculdade de Enfermagem da UERJ. O projeto tem por objetivo "Analisar a qualidade de vida entre pessoas que vivem com HIV atendidas nos Programas Municipais de IST/AIDS dos municípios de pequeno e médio portes da região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro".

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, pelo pesquisador, aos aspectos éticos e legais que são observados em respeito a resolução 466/12 (CNS). O presente estudo apoia-se no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do projeto matriz "Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro", aprovado sob o n.º do protocolo CAAE 47411315.3001.5279, e parecer n.º 1.441.788. O pesquisador e seu orientador também se comprometem a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

28 JUNHO 2019.

Nome: LUIZ FERNANDO CURTY JARDIM

Luiz Fernando Curty Jardim
Secretário de Saúde
Matr. 1020

Ass. e Carimbo



Secretaria Municipal de Saúde de Quatis

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos com o desenvolvimento do Projeto de pesquisa que pretende estudar sobre a **Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV na Região do Médio Paraíba do Estado do Rio De Janeiro**, a ser executado pelo pesquisador mestrando do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), REYNALDO DE JESUS OLIVEIRA JÚNIOR, sob a orientação do Prof. Dr. SERGIO CORRÊA MARQUES, professor Adjunto do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Faculdade de Enfermagem da UERJ. O projeto tem por objetivo "Analisar a qualidade de vida entre pessoas que vivem com HIV atendidas nos Programas Municipais de IST/AIDS dos municípios de pequeno e médio portes da região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro".

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, pelo pesquisador, nos aspectos éticos e legais que são observados em respeito a resolução 466/12 (CNS). O presente estudo apoia-se no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do projeto matriz "Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro", aprovado sob o n.º do protocolo CAAE 47411315.3001.5279, e parecer n.º 1.441.788. O pesquisador e seu orientador também se comprometem a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

28 / 06 / 2019.

Nome: ANA LÚCIA N. G. GANVÃO


Ass. e Carimbo



Secretaria Municipal de Saúde de Resende

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos com o desenvolvimento do Projeto de pesquisa que pretende estudar sobre a **Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV na Região do Médio Paraíba do Estado do Rio De Janeiro**, a ser executado pelo pesquisador mestrando do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), REYNALDO DE JESUS OLIVEIRA JÚNIOR, sob a orientação do Prof. Dr. SERGIO CORRÊA MARQUES, professor Adjunto do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Faculdade de Enfermagem da UERJ. O projeto tem por objetivo "Analisar a qualidade de vida entre pessoas que vivem com HIV atendidas nos Programas Municipais de IST/AIDS dos municípios de pequeno e médio portes da região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro".

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, pelo pesquisador, aos aspectos éticos e legais que são observados em respeito a resolução 466/12 (CNS). O presente estudo apoia-se no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do projeto matriz "Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro", aprovado sob o n.º do protocolo CAAE 47411315.3001.5279, e parecer n.º 1.441.788. O pesquisador e seu orientador também se comprometem a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

15 / 07 / 2019.

Nome: ALEXANDRE SERGIO ALVES VILELA


 Alexandre Sérgio Alves Vilela
 Ass. e Carimbo
 Secretaria Municipal de Saúde



Secretaria Municipal de Saúde de Rio Claro

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos com o desenvolvimento do Projeto de pesquisa que pretende estudar sobre a **Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV na Região do Médio Paraíba do Estado do Rio De Janeiro**, a ser executado pelo pesquisador mestrando do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), REYNALDO DE JESUS OLIVEIRA JÚNIOR, sob a orientação do Prof. Dr. SERGIO CORRÊA MARQUES, professor Adjunto do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Faculdade de Enfermagem da UERJ. O projeto tem por objetivo "Analisar a qualidade de vida entre pessoas que vivem com HIV atendidas nos Programas Municipais de IST/AIDS dos municípios de pequeno e médio portes da região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro".

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, pelo pesquisador, aos aspectos éticos e legais que são observados em respeito a resolução 466/12 (CNS). O presente estudo apoia-se no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do projeto matriz "Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro", aprovado sob o n.º do protocolo CAAE 47411315.3001.5279, e parecer n.º 1.441.788. O pesquisador e seu orientador também se comprometem a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

28 / 06 / 2019.

Nome:

Yara Augusta Pereira Correia

Ass. e Carimbo



Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos com o desenvolvimento do Projeto de pesquisa que pretende estudar sobre a **Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV na Região do Médio Paraíba do Estado do Rio De Janeiro**, a ser executado pelo pesquisador mestrando do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), REYNALDO DE JESUS OLIVEIRA JÚNIOR, sob a orientação do Prof. Dr. SERGIO CORRÊA MARQUES, professor Adjunto do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Faculdade de Enfermagem da UERJ. O projeto tem por objetivo "Analisar a qualidade de vida entre pessoas que vivem com HIV atendidas nos Programas Municipais de IST/AIDS dos municípios de pequeno e médio portes da região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro".

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, pelo pesquisador, aos aspectos éticos e legais que são observados em respeito a resolução 466/12 (CNS). O presente estudo apoia-se no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do projeto matriz "Qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro", aprovado sob o n.º do protocolo CAAE 47411315.3001,5279, e parecer n.º 1.441.788. O pesquisador e seu orientador também se comprometem a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

28 / 06 / 2019.

Nome: ALFREDO REIXOTO DE OLIVEIRA NETO

Ass. e Carimbo

ANEXO B: Questionário de Dados Socioeconômicos e Clínicos

Questionário de Dados Socioeconômicos e Clínicos

1. Questionário no.: _____

2. Primeiro nome: _____

INSTRUÇÕES:

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

3. Qual o seu sexo:

 Masculino Feminino

4. Qual a sua Idade e ano de nascimento?

Ano _____

Idade _____ anos

5. Qual o seu Bairro de Residência?

6. Qual a sua Cidade de Residência?

 Rio de Janeiro Outra . Qual? _____

7. Qual a sua escolaridade atual?

 Não estudou Fundamental incompleto Fundamental completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo Ensino superior incompleto Ensino superior completo Especialização completa Pós-graduação (mestrado ou doutorado) completa

8. Qual a sua profissão?

9. O que você faz atualmente, sua ocupação?

10. Qual a sua situação de emprego:

 Empregado/Trabalhando Desempregado Aposentado Nunca trabalhou

11. Qual o seu estado marital (admite-se mais de uma resposta):

 solteiro(a)/não possui namorado ou companheiro fixo

- () casado(a)/vive com companheiro/união estável
- () possui companheiro fixo, mas não vive com ele
- () viúvo(a)

12. Com quem você mora?

- () família
- () amigos
- () sozinho
- () outros. Quem? _____

13. Qual a sua renda pessoal mensal aproximada? R\$ _____

14. Qual a sua orientação religiosa? Marque a principal.

- () Católica
- () Evangélica
- () Kardecista /Espírita
- () Umbanda ou Candomblé
- () Crê em Deus, mas não possui religião
- () Não crê em Deus
- () Outra. Qual? _____

15. Quais são as principais fontes de informação sobre HIV/Aids que você utiliza? (escolha até 3 respostas, numerando de 1 a 3, conforme a frequência de utilização)

- () televisão
- () rádio
- () revistas e livros em geral
- () internet em geral
- () jornal
- () revistas e livros científicos
- () Conversas com amigos, colegas ou conhecidos
- () Serviço/profissionais de saúde

16. Há quanto tempo você sabe que tem HIV positivo? (data do primeiro exame positivo):

_____anos completos
Desde o ano _____

17. Há quanto tempo você sabe que tem aids?

_____anos completos
Desde o ano _____

18. Como você acha que foi infectado pelo HIV?

- () sexo com homem
- () sexo com mulher
- () injetando drogas
- () fazendo transfusões
- () da mãe na gravidez
- () acidentes com agulha ou instrumento de corte
- () outro. Qual? _____

19. Você está utilizando medicamento antirretroviral?

- () sim
- () não

20. Há quanto tempo você faz uso de medicamento antirretroviral?

_____anos completos

Desde o ano_____

21. Qual o estágio atual da doença?

() sem sintomas

() com sintomas

22. Alterações em consequência do medicamento antirretroviral:

() Hiperglicemia/diabetes *mellitus*

() Alteração no colesterol

() Lipodistrofia

() Sintomas neurológicos (alucinações, falta de concentração, distúrbios de sono ou outros)

() Outros. Qual?_____

23. Qual a sua orientação sexual?

() heterossexual

() homossexual

() bissexual

24. Uso de preservativo nas relações sexuais:

() sempre () às vezes () nunca

25. Você se considera doente atualmente?

() Sim

() Não

26. Se você acha que algo não está bem consigo próprio, o que você acha que é?

Nome do entrevistador: _____ Data da aplicação: ____/____/2020

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 Oliveira⁸.

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.

Lí 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

⁸* Contato com a pesquisadora: (21) 99307-1771 (ligação a cobrar). Email: dcouerj@gmail.com

Anexo D: Formulário de Evocações Livre

Formulário de Evocações Livres

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.

(I) AIDS

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

(II) QUALIDADE DE VIDA

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Entrevistador Responsável: _____

Data da aplicação: ____/____/____.

ANEXO E: Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

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: 47411315.7.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.157.587

Data da Relatoria: 22/07/2015

Apresentação do Projeto:

O caráter de cronicidade da Aids prevê o seguimento dos pacientes em longo prazo. Assim, a inclusão da avaliação da qualidade de vida no seguimento clínico e psicossocial das pessoas com HIV/Aids pode identificar domínios mais críticos de suas vidas por oferecer parâmetros para um cuidado mais específico, que inclua informação e educação em saúde de acordo com as necessidades individuais. A ação terapêutica deve se organizar na dimensão do cuidado, articulando nos projetos e nas intervenções, de forma indissociável, a escuta, o acolhimento e a terapêutica medicamentosa. Este estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida e suas construções simbólicas entre pessoas que vivem com HIV/aids no Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, baseado no construto de qualidade de vida e nas abordagens estrutural e processual da teoria de representações sociais. O estudo será desenvolvido em Serviços de Atenção Especializada em HIV/Aids localizados em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, dois na região norte do estado do Rio de Janeiro, na cidade do Rio de

Janeiro e em Niterói. Os sujeitos serão pessoas que vivem com HIV/Aids e estão em acompanhamento nestes serviços. 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

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 1.157.587

semiestruturadas. Será realizado cálculo amostral com estratificação por serviço para definição do conjunto de sujeitos que serão estudados, sendo incluídos os participantes que atenderem aos critérios de inclusão. A partir da amostra geral, 100 sujeitos em cada serviço responderão às evocações livres, dos quais 20 integrarão as entrevistas. A análise dos dados quantitativos se dará por meio de estatística descritiva e inferencial, com o auxílio do software SPSS 20.0. A análise estrutural pelas evocações será realizada por meio da técnica do quadro de quatro casas, com a comparação estatística entre os corpora dos dois objetos sociais em tela, ambos os casos com o apoio do software EVOC 2005. Será realizado, também, procedimento de análise de similitude para os mesmos corpora. A análise das entrevistas será do tipo conteúdo lexical informatizada, com o auxílio do software ALCESTE 4.10. As hipóteses subjacentes à pesquisa são: a qualidade de vida entre pessoas com HIV/Aids é modulada pelas representações sociais do agravo, sobretudo, no que concerne à sua faceta de estigmatização, esta interação pode ocorrer em uma via dupla, contribuindo para ressignificações do HIV/Aids e para as práticas sociais permitindo a melhoria da qualidade de vida.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a qualidade de vida, suas construções simbólicas e relações com a perspectiva temporal entre pessoas que vivem com HIV/aids, atendidas em SAE's localizados no município do Rio de Janeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos tampouco benefícios diretos aos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem estruturada, apresenta vasta bibliografia. O orçamento foi apresentado. O cronograma é factível. A pesquisa é relevante e tem valor científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE é claro e apresenta todos os elementos essenciais exigidos pela Res. 466/12. As autorizações dos locais que serão o cenário da pesquisa foram apresentadas.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não foram observadas implicações éticas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 1.157.587

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para julho de 2016. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

RIO DE JANEIRO, 23 de Julho de 2015

Assinado por:

**Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)**