

JEAN CARLOS NATIVIDADE

**RELAÇÕES ENTRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA AIDS E
CONHECIMENTO CIENTÍFICO SOBRE HIV/AIDS**

**Dissertação apresentada como
requisito parcial à obtenção do
grau de Mestre em Psicologia,
Programa de Pós-graduação em
Psicologia, Curso de Mestrado,
Centro de Filosofia e Ciências
Humanas.**

**Orientador: Prof. Dr. Brígido
Vizeu Camargo**

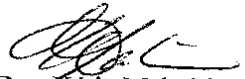
FLORIANÓPOLIS, 2010.

Jean Carlos Natividade

Relações entre representações sociais e conhecimento científico sobre HIV e AIDS

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 09 de fevereiro de 2010.



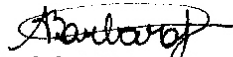
Dra. Kátia Maheirie
(Coordenadora - PPGP/UFSC)



Dr. Brígido Vizeu Camargo
(PPGP/UFSC-Orientador)



Dr. Luiz Fernando Rangel Tura
(UFRJ -Examinador)



Dra. Andréa Bárbara da Silva Bousfield
(UFSC-Examinadora)

Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP/UFSC -Suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Gabriela Dal Forno Martins pelo apoio em todos os momentos da realização deste trabalho, principalmente pelo auxílio nas etapas mais difíceis.

Agradeço ao João Fernando Rech Wachelke pelo incentivo de ingresso nessa empreitada, pelas discussões teóricas e metodológicas esclarecedoras e por sugestões certeiras para o trabalho.

Agradeço às professoras Maria Aparecida Crepaldi e Andréa Barbará da Silva Bousfield pelas contribuições durante a banca de qualificação e por aceitarem o convite para a banca de defesa do trabalho concluído.

Agradeço ao professor Luiz Fernando Rangel Tura por aceitar o convite para participar da banca de defesa desta dissertação.

Agradeço ao professor Brígido Vizeu Camargo pela oportunidade de inserção no LACCOS e pela orientação na condução da pesquisa.

NATIVIDADE, Jean Carlos. **Relações entre representações sociais e conhecimento científico sobre HIV/aids**. Florianópolis, 2010. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Brígido Vizeu Camargo

Data da defesa: 09/02/2010

RESUMO

As representações sociais da aids e o conhecimento científico que as pessoas possuem sobre HIV/aids fornecem noções de como as pessoas compreendem a aids e agem perante ela. O objetivo desse estudo foi verificar as relações entre as representações sociais da aids e o conhecimento científico sobre HIV/aids de pessoas maiores de 18 anos de idade. Para tanto, concebeu-se a pesquisa em duas etapas: (1) construção do teste de conhecimento; (2) relações entre representações sociais da aids e níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids. Na primeira etapa, realizada em três momentos, acessou-se um total de 29 pessoas maiores de 18 anos de idade, entre elas quatro especialistas em HIV/aids. Ao seu final, obteve-se um teste para aferição dos níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids composto por 85 itens divididos em seis dimensões do conhecimento sobre o tema: descrição do HIV/aids (7 itens); história da doença e HIV (7 itens); formas de contágio e prevenção do HIV (32 itens); sintomatologia da aids e funcionamento do HIV (26 itens); tratamento da aids e controle HIV (8 itens); uma sobre epidemiologia HIV/aids (5 itens). Na segunda etapa do estudo caracterizaram-se as representações sociais da aids e os níveis de conhecimento científico e relacionaram-se as duas variáveis. Para tanto, aplicou-se um questionário auto-respondido em 480 pessoas com média de idade de 25,44 anos ($DP = 8,25$ anos), com escolaridade variável de nove a mais de 15 anos de estudos. Verificaram-se associações entre os elementos da representação social da aids e os níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids de forma que os participantes com maiores níveis de conhecimento citaram com maior frequência os elementos: tratamento, grupo de risco, drogas, dst e imunidade; e os com menores níveis de conhecimento o elemento: sofrimento. Os resultados sugerem que níveis elevados de conhecimento científico sobre HIV/aids revelam um conhecimento de senso comum sobre aids permeado de elementos que refletem o conhecimento científico.

Palavras-chave: representação social; aids; conhecimento.

NATIVIDADE, Jean Carlos. **The relationships between social representations and scientific knowledge about HIV/AIDS.** Florianópolis, 2010. 113 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

ABSTRACT

Social representations of AIDS and the scientific knowledge that people have about HIV / AIDS provide notions about how people understand AIDS and act in relation to it. This study aimed to examine relationships between social representations of AIDS and the scientific knowledge about HIV/AIDS in people over 18 years old. For this, the research was designed in two steps: (1) construction of the knowledge test, (2) relationships between social representations of AIDS and level of scientific knowledge about HIV/AIDS. In the first phase, conducted in three stages, a total of 29 people over 18 years old was accessed, four of them specialists in HIV/AIDS. Through this phase we obtained a test to measure levels of scientific knowledge about HIV/AIDS composed of 85 items divided into six dimensions of knowledge: description of HIV/AIDS (7 items), history of disease and HIV (7 items), ways of transmission and prevention of HIV (32 items), symptoms of AIDS and HIV functioning (26 items), treatment of AIDS and HIV control (8 items), and epidemiology HIV/AIDS (5 items). In the second stage of the study we characterized the social representations of AIDS and the levels of scientific knowledge, and related the two variables. To this end, we applied a self-administered questionnaire in 480 subjects with mean age of 25.44 years (SD = 8.25 years), schooling ranging from nine to more than 15 years of study. The results indicated associations between the elements of the social representation of AIDS and the levels of knowledge about HIV/AIDS: the participants with higher levels of knowledge most frequently cited treatment, risk group, drugs, DST and immunity, and those with lower levels of knowledge cited suffering. The results suggest that high levels of scientific knowledge about HIV/AIDS showed a common-sense knowledge about AIDS permeated of elements that reflect the scientific knowledge.

Keywords: representation; AIDS, knowledge.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo Geral.....	10
2.2 Objetivos Específicos.....	10
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1 Aids e vulnerabilidade.....	11
3.2 Tipos de conhecimento e representações sociais.....	17
3.3 Representações sociais da aids.....	21
3.4 Níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids.....	31
4. ESTUDO 1 – Construção do teste de conhecimento científico sobre HIV/aids	35
4.1 Objetivos.....	36
4.1.1 Objetivo Geral.....	36
4.1.2 Objetivos Específicos.....	36
4.2 Método.....	37
4.2.1 Caracterização da pesquisa.....	37
4.2.2 Etapa 1 – Levantamento itens senso comum.....	37
4.2.2.1 Participantes.....	37
4.2.2.2 Instrumentos.....	37
4.2.2.3 Procedimentos.....	38
4.2.3 Etapa 2 – Levantamento itens conhecimento científico.....	39
4.2.3.1 Instrumentos.....	39
4.2.3.2 Procedimentos.....	39
4.2.4 Etapa 3 – Validação de conteúdo do teste de conhecimento.....	39
4.2.4.1 Participantes.....	39
4.2.4.2 Instrumentos.....	39
4.2.4.3 Procedimentos.....	40

4.3	Resultados.....	40
5.	ESTUDO 2 - Relações entre conhecimento de senso comum e conhecimento científico sobre HIV/aids.....	49
5.1	Objetivos.....	49
5.1.1	Objetivo geral.....	49
5.1.2	Objetivos específicos.....	49
5.2	Método.....	50
5.2.1	Caracterização da pesquisa.....	50
5.2.2	Participantes.....	50
5.2.3	Instrumentos.....	50
5.2.4	Procedimentos.....	51
5.3	Resultados.....	55
5.3.1	Variáveis sociodemográficas.....	55
5.3.2	Representações sociais.....	56
5.3.3	Conhecimento científico.....	68
5.3.4	Predição do conhecimento científico.....	70
5.3.5	Representações sociais e níveis de conhecimento científico.....	71
6.	DISCUSSÃO.....	77
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
8.	REFERÊNCIAS.....	92
9.	LISTA DE FIGURAS.....	102
10.	LISTA DE TABELAS.....	103
11.	APÊNDICES.....	104
12.	ANEXOS.....	113

1. INTRODUÇÃO

A aids é uma doença descrita pela ciência há menos de 30 anos. Embora se estime que seu agente etiológico – o HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) – esteja em contato com humanos há 100 anos (Worobey et al., 2008), foi em 1982 que a ciência classificou a doença como síndrome da imunodeficiência adquirida (Mann, Tarantola & Netter, 1993). Entre 1983 e 1984 Montagnier (França) e sua equipe de pesquisadores identificaram e caracterizaram um retrovírus em células humanas e o associaram à aids; na mesma época Gallo (EUA) e colaboradores ratificaram a relação estabelecida entre a doença e o vírus causador. Desde então, os efeitos da doença (destruição do sistema imunológico e, possivelmente, a morte das pessoas doentes) nos diferentes países e regiões do mundo têm sido alarmantes, o que implicou o aparecimento de várias epidemias de aids conferindo-lhe o *status* de pandemia.

Viviam com o HIV até o ano de 2007 cerca de 33 milhões de pessoas no planeta; 2,7 milhões foram infectadas no referido ano e aproximadamente 2 milhões de pessoas morreram em decorrência da doença em 2007 (WHO, 2008). No Brasil, de 1980 a 2007 foram registrados 474 mil casos de pessoas com HIV e morreram 192,7 mil pessoas; desde seu início, a epidemia concentrou 74,5% dos casos de aids em pessoas entre 25 a 49 anos de idade (Ministério da Saúde Brasil, 2007). Há informações que sugerem uma diminuição no número de infectados por ano, de 2001 (3 milhões de pessoas) até 2007, no mundo (WHO, 2008).

Entretanto, no Brasil e em Santa Catarina esta realidade não se confirma. Dados (Ministério da Saúde Brasil, 2007 e 2009) mostram que em 2000 e em 2008 foram diagnosticados respectivamente em ambas as esferas cerca de 30,3 mil e 34,5 mil e 1,6 mil e 1,8 mil casos de aids. Em Santa Catarina, desde o primeiro caso registrado, em 1984, até 2009, foram apontadas como doentes de aids cerca de 26 mil pessoas. No ano 2006 o estado de Santa Catarina constatou 1,9 mil novos diagnósticos de aids, sendo 75% desses entre as idades de 25 a 49 anos. O cálculo de incidência de aids por habitantes indicou o Estado com 33 casos para cada 100 mil habitantes no ano de 2005, destacando-o como o primeiro do país em incidência.

As características das vias de transmissão do vírus da aids (contato sexual, sangue e leite materno) ressaltam a influência dos comportamentos das pessoas na disseminação da pandemia. Em decorrência, desde que foram identificadas as formas de transmissão,

grupos específicos de indivíduos foram vítimas tanto dos efeitos biológicos da aids, quanto dos preconceitos estigmatizados a partir da caracterização da doença (Barbará, Sachetti & Crepaldi, 2005). Surgiram nesse contexto as noções de grupos de risco, comportamentos de risco e fatores de vulnerabilidade (Mann et al., 1993). Em busca de soluções para os problemas decorrentes da doença, o mundo enviou esforços na concretização de estratégias para deter o aumento no número de pessoas infectadas por HIV.

A adoção de práticas sexuais preventivas, de forma a reduzir as probabilidades de contato com o HIV, apresenta-se como uma dessas estratégias (Camargo & Botelho, 2007). Ao encontro dela, os modelos de previsão de comportamento (Stroebe & Stroebe, 1995) evidenciam os determinantes cognitivos dos comportamentos, como: conhecimento, crenças, normas subjetivas, percepção de risco, atitudes, representações sociais (Ajzen, 2001; Paicheler, 1999; Wachelke & Camargo, 2007). Destacam-se no Brasil as ações de práticas preventivas ao contágio por HIV que salientam o fornecimento de informações científicas à população (Ministério da Saúde Brasil, 2008), fundamentadas na idéia de que empossadas das informações as pessoas passem a agir de forma mais segura frente às vias de transmissão do vírus. Contudo, levando-se também em conta o grau de complexidade da epidemia, nota-se que o número de pessoas infectadas por ano aumentou nos últimos cinco anos.

Nessa busca de ferramentas capazes de modificar o cenário atual da pandemia, diversos campos da ciência têm demonstrado relevância. Na área psicológica entende-se como uma grande importância o conhecimento produzido a fim de guiar ações preventivas, sobretudo no domínio de previsão e modificação de comportamentos. Em modelos de explicação do comportamento (Stroebe & Stroebe, 1995) o conhecimento que as pessoas possuem sobre um objeto mostra-se uma variável interveniente essencial, mas não é única (Ajzen, 2001).

O conhecimento aceito como verdadeiro sobre a aids é produto de especialistas e dito conhecimento científico. A apropriação desse conhecimento proporciona a construção de um conhecimento de senso comum - as representações sociais (Moscovici, 2003); e as representações fornecem elementos de caracterização de como grupos de pessoas pensam e agem diante da aids. Nesse processo, destaca-se o papel da ciência de um lado - como fornecedora de conhecimento; e das representações sociais do outro - como denotativa do conhecimento que as pessoas de fato compartilham sobre a aids. Como mediador dos dois âmbitos aparecem os meios de comunicação de massa (Jodelet, 2001).

As representações sociais são caracterizadas como o conhecimento elaborado socialmente e partilhado entre as pessoas, com um objetivo prático, que convergem para a construção de uma realidade comum a um grupo social (Jodelet, 2001). A partir das representações se acessa a forma como as pessoas compreendem o fenômeno e os elementos que utilizam para orientar e justificar suas ações (Rouquette, 1998). Quando o objeto de representações sociais é a aids, diferentes grupos demonstram elementos valorativos como principais marcos caracterizadores; e apontam componentes emocionais ligados à morte como elementos principais dessa representação (Morin & Vergès, 1992; Tura, 1998; Jodelet, 2001; Castanha & Araújo, 2006; Camargo, Barbará & Bertoldo, 2007).

Identificar o conhecimento das pessoas sobre aids e verificar o quanto esse conhecimento aproxima-se do científico permite localizar um fator caracterizador de vulnerabilidade frente ao HIV. Bem como, compreender as representações fornece dados sobre as práticas sociais, justificativas de ações e tomadas de posição depois que elas foram realizadas. Certamente, muitos fenômenos são ingredientes dessa complexa trama entre cognições, emoções e comportamentos; não obstante, nessa pesquisa temos o interesse em responder: **quais as relações entre as representações sociais da aids e níveis de conhecimento científico sobre HIV e aids de pessoas maiores de 18 anos de idade?**

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral: verificar as relações entre as representações sociais da aids e os níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids de pessoas maiores de 18 anos de idade.

2.2 Objetivos Específicos

- Construir um teste para avaliação do conhecimento científico sobre HIV e aids para pessoas maiores de 18 anos de idade;
- Caracterizar os níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids dos participantes;
- Caracterizar as representações sociais da aids dos participantes;
- Caracterizar as relações entre as representações sociais da aids e níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 *Aids e vulnerabilidade*

A aids foi divulgada em 1981, quando o *Centers for Disease Control*, um órgão governamental americano com função de vigilância epidemiológica, anunciou uma doença que atacava homens homossexuais até então saudáveis (Mann et al., 1993). Primeiramente foram notificados cinco casos de pneumonia em Los Angeles (EUA), posteriormente, 26 casos de Sarcoma de Kaposi, alguns inclusive com *pneumocystis carinii*, em Nova York e na Califórnia (EUA). No mesmo ano foram detectados mais 159 casos daquelas doenças e de outras infecções oportunistas relacionadas, sempre associadas a uma importante dificuldade do sistema imunológico. O fato de não haver uma doença básica imunodepressora, de um grupo jovem de pessoas ser atingido e de um número elevado de casos registrados em pouco tempo levou as autoridades específicas a pensar em uma nova doença (Camargo Júnior, 1994). Essa nova doença chamou-se AIDS, abreviatura da expressão inglesa *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, equivalente em português à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) (Brasil, 1987).

O agente etiológico da síndrome foi descoberto em 1983, Luc Montagnier e colaboradores do Instituto Pasteur de Paris (França) conseguiram isolar um vírus, ao qual denominaram *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV). Na mesma época, Roberto Gallo e colaboradores do Instituto Nacional do Câncer de Bethesda, nos EUA também isolaram o causador e denominaram *Human T-Cell Lymphotropic Virus HTLV-III* (Buchalla, 1995). A descoberta gerou controvérsias entre os descobridores, mas ambos contribuíram no avanço do entendimento sobre a nova doença. A Organização Mundial de Saúde (WHO) unificou e universalizou o nome do vírus para HIV (Ministério da Saúde, 1987), até agora sem vacina disponível para a população geral.

A partir de então, iniciaram os estudos sobre o vírus e sua forma de contágio, verificaram que era um vírus que se alojava em células sanguíneas e necessitava delas para replicação. Identificaram os meios de transmissão do HIV: o sangue, o espermatozoide, a secreção uretral e vaginal e o leite materno (Ministério da Saúde, 2003). E, conseqüentemente, os comportamentos que permitiam o contágio: relação sexual com penetração anal, vaginal ou oral, sem preservativo, com pessoas infectadas; contato sanguíneo com sangue infectado, através de transfusões ou pelo uso de seringas e agulhas compartilhadas

ou materiais perfuro-cortantes; contato sanguíneo da mãe infectada com seu filho, durante a gestação e/ou parto; e ingestão de leite materno de mulheres infectadas por neonatos (Ministério da Saúde, 2003). Também constaram que esse vírus era bastante semelhante a um vírus que causava a Síndrome da Imunodeficiência Símia (SIV), encontrado em macacos verdes africanos, supôs-se, então, que o HIV teria origem geográfica africana (Buchalla, 1995).

A forma de evolução do HIV e da aids no organismo foi pesquisada e descrita ao longo do tempo através observação dos quadros clínicos e exames laboratoriais dos indivíduos que apresentaram a doença. Atualmente, sabe-se que a partir da contaminação pelo HIV ocorre um período de soroconversão ou fase aguda, inicia-se entre 5 dias e 3 meses a partir do momento da infecção. Nesta fase acontece uma intensa replicação viral que incide na soroconversão, ou seja, os exames laboratoriais passam a apontar a presença do vírus no organismo, ao passo que as pessoas apresentam sintomas físicos parecidos com os de uma gripe por, em média, uma semana. Depois, no período de portador do HIV, de duração de 2 a 10 anos, em média 5 anos, a pessoa não manifesta sintoma físico evidente e ocorre a destruição gradual do sistema imunológico. No último período inicia-se a doença, quando surgem os primeiros sintomas que sugerem falência do sistema imunológico e há a manifestação do conjunto de doenças que ocorrem em decorrência do processo da aids até a morte. (Ministério da Saúde, 2003)

A preocupação com a nova doença, de proporções epidêmicas, revelou muitos estudos nas mais variadas ciências. Relacionado à psicologia, inicialmente o foco das pesquisas esteve ligado aos grupos de pessoas que manifestavam as doenças, posteriormente aos comportamentos capazes de transmitir/contrair o vírus. No âmbito da psicologia social (Farr, 1998), notamos que o marco teórico inicial esteve fortemente influenciado pela escola americana de psicologia social, com uma tendência individualizante na responsabilização pela propagação da epidemia. A primeira modalidade de relação dos indivíduos com a aids foi através da determinação de grupos de risco (Ayres, França, Calazans & Saletti, 1999). A principal característica desse modelo foi a atribuição de causalidade à doença a certos grupos sociais (homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo). A nomeação dos grupos de risco e a identificação da epidemia nesses grupos afastavam a aids do cotidiano da maioria das pessoas e a associava a promiscuidade, drogas e homossexualidade. Esse modelo serviu de motivo e justificava para a discriminação social (e seu reflexo

ecoa ainda hoje), consequentemente estimulava o preconceito e a segregação dos grupos alvos.

Uma segunda forma de compreender a transmissão do vírus e a aids, construída principalmente a partir de movimentos sociais dos grupos discriminados pelo primeiro modelo, foi através da idéia de comportamentos de risco, ou práticas de risco (Seffner, 1998). As estatísticas epidemiológicas começaram a revelar que a doença atingia indivíduos não pertencentes aos grupos de risco, ampliando a possibilidade de contágio e aproximando a aids de todas as pessoas. Percebeu-se que a doença atingia a todos que adotavam comportamentos de risco, como manter relações sexuais sem o uso do preservativo, compartilhar seringas, receber transfusão de sangue não testado etc, e focaram esforços no estudo das variáveis relacionadas a esses comportamentos.

Os avanços sobre o entendimento da doença e do vírus continuaram, e foi introduzido, a partir dos trabalhos da Coalização Global de Políticas contra a AIDS, em 1992, o termo vulnerabilidade, com o intuito de dar uma resposta social à epidemia (Mann et al., 1993). Na área dos direitos humanos, de onde provém o termo, ele dignava grupos de indivíduos fragilizados na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania, tanto politicamente como juridicamente (Ayres et al., 1999). Mann et al. (1993), ao inaugurar o uso desse termo na área da saúde, consideraram importante analisar a comunidade, além de fatores nacionais e internacionais, que poderiam influenciar a vulnerabilidade de indivíduos ao HIV ao longo de suas vidas.

Através de uma análise ampla de dados epidemiológicos do mundo inteiro sobre a aids, percebeu-se que certas características de grupos e sociedades (como economia, nível de educação, produto interno bruto etc) influenciavam na propagação ou não do agravo. Mann et al. (1993) sugeriram que existiriam forças, fatores e influências capazes de distinguir, sustentar ou acelerar o progresso da epidemia da aids pelo mundo. Apesar de o comportamento individual ser o determinante final da vulnerabilidade à infecção, ele não está desconectado do meio onde esse indivíduo está inserido. Este termo aponta para um conjunto de fatores, de níveis e magnitudes distintos, cuja interação amplia ou reduz as possibilidades de uma pessoa se infectar com o HIV.

Mann et al. (1993) conceberam um modelo de vulnerabilidade composto por três planos de determinação em interação e, consequentemente, indicativos de maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. Os planos são: vulnerabilidade individual

(referente ao comportamento pessoal); vulnerabilidade social (relativo ao contexto social) e vulnerabilidade programática (concernente aos programas de combate à doença, no caso a aids).

De acordo com Mann et al. (1993), a vulnerabilidade individual envolve tanto a dimensão cognitiva quanto a comportamental. Fatores cognitivos estão relacionados ao acesso às informações necessárias sobre HIV/aids, sexualidade, e à rede de serviços, para a redução da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Os fatores comportamentais podem ser analisados dentro de duas categorias: características pessoais, o que inclui desenvolvimento emocional, percepção de risco e atitudes em relação a esse possível risco; e habilidades pessoais, como a habilidade de negociar práticas de sexo seguro e saber usar o preservativo.

O conceito de vulnerabilidade social é construído a partir da premissa de que os fatores sociais têm uma forte influência tanto na vulnerabilidade pessoal quanto na programática. A análise da vulnerabilidade reconhece que grandes temas contextuais, como estrutura governamental, relações de gênero, atitudes em relação à sexualidade, crenças religiosas e pobreza, influenciam a capacidade de reduzir a vulnerabilidade pessoal ao HIV, tanto diretamente quanto mediada através dos programas. A vulnerabilidade social inclui tanto a vulnerabilidade à doença, quanto a vulnerabilidade ao impacto socioeconômico provocado pela aids. (Mann et al.,1993)

A vulnerabilidade programática diz respeito às contribuições dos programas de HIV/aids na redução da vulnerabilidade pessoal e social. A vulnerabilidade programática é definida através dos três principais elementos de prevenção identificados pela WHO: informação e educação; serviços sociais e de saúde; não discriminação das pessoas portadoras de HIV/aids. Os esforços para diminuir a vulnerabilidade programática envolvem principalmente a viabilidade e acessibilidade a esses três componentes, sua qualidade e conteúdo, e o processo através do qual esses elementos são desenhados, implementados e avaliados. (Mann et al.,1993)

Kalipeni (2000) destacou que Watts e Bohle, em 1993, propuseram uma estrutura tripartite para constituir uma teoria sobre a vulnerabilidade, semelhante à proposta por Mann et al. (1993), que consiste em *entitlement*, *empowerment* e política econômica. A vulnerabilidade é determinada na intersecção desses três pontos, sendo que *entitlement* refere-se ao direito das pessoas; *empowerment*, o empoderamento, que se refere à sua participação política e institucional; e a política econômica, se refere à organização estrutural-histórica da

sociedade e suas decorrências. Assim, a vulnerabilidade às doenças e situações adversas da vida distribui-se de maneira diferente segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais e relaciona-se com a pobreza, com as crises econômicas e com o nível educacional. Ao dividir em fatores a vulnerabilidade, acrescenta, ainda, que a vulnerabilidade depende do local e do clima, restringindo-se, portanto, à dimensão geográfica.

Delor e Hubert (2000), também influenciados pelo modelo proposto por Mann et al. (1993), apresentaram uma matriz heurística, construída a partir de pesquisa realizada com pessoas portadoras do HIV/aids, na Bélgica, em 1997. Os resultados da pesquisa foram analisados sob três dimensões: trajetória social, interação e contexto social. A trajetória social referia-se às diferentes etapas que as pessoas atravessavam no ciclo da vida, assim como os comportamentos adotados nesse ciclo. A dimensão concernente à interação referia-se à relação entre os indivíduos e o contexto social e incorporava os fatores econômicos, políticos e culturais, numa dada sociedade, assim como as várias maneiras de atuação e de relação entre os indivíduos. Esses níveis podiam ser analisados desde dois ângulos, objetiva e subjetivamente (o que os autores denominaram como dimensão sócio-simbólica). A análise final que apresentaram propunha a construção de processos de identidade e de vulnerabilidade dos indivíduos estudados.

Com uma proposta de transpor o modelo original (Mann et al, 1993; Mann e Tarantola, 1996) de vulnerabilidade, Ayres et al. (1999) propõem uma unidade de análise constituída do indivíduo-coletivo. Nessa perspectiva, sugerem a operacionalização dos estudos sobre o tema através da vulnerabilidade individual como se referindo ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática; a vulnerabilidade social como uma avaliação da obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições; e a vulnerabilidade programática consistindo na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção.

Paris (1999) apresenta também uma nova perspectiva de estudo da vulnerabilidade à aids, a qual descreveu como uma abordagem psicossocial. Propõe uma decodificação do conceito em vulnerabilidade relacionada aos fatores estruturais da sociedade, que se refere à desigualdade de renda, educação e de acesso aos serviços; vulnerabilidade relacionada aos aspectos fisiológicos e decorrentes das

relações de gênero na sociedade e a vulnerabilidade na esfera da significação, que integra o conceito de risco e a maneira como se expressa, no imaginário social, além de seus diferentes significados através da história. Na mesma linha, Palma e Mattos (2001) definem o conceito de vulnerabilidade social associando aos processos de discriminação, exclusão ou enfraquecimento dos grupos sociais e da suas capacidades de reação.

A partir de diversos ângulos a vulnerabilidade frente ao HIV pode ser compreendida, em linhas gerais, como uma função de dois sistemas em interação (o indivíduo e o ambiente), assim supõe-se a seguinte expressão matemática:

$$Vg = f(Vi+Va)$$

Onde:

Vg = Vulnerabilidade

Vi = Vulnerabilidade individual

Va = Vulnerabilidade ambiental

Mann et al. (1993) decompõem a vulnerabilidade ambiental em dois fatores: um relativo ao contexto social, cultural, grupal em que os indivíduos estão inseridos e outro relacionado aos programas de combate à aids que estão disponíveis a ele. Assim, propõem três componentes da vulnerabilidade: vulnerabilidade pessoal (V_o); programática (V_p) e vulnerabilidade social (V_s), substituindo na de cima teríamos:

$$Vg = f(V_o+V_s+V_p)$$

A avaliação da V_s e da V_p foi formulada pelos autores citados acima através de uma série de variáveis concernentes às essas vulnerabilidades, e criaram um sistema de pontuação para cada variável e suas formas de interação entre si, a fim de preverem a vulnerabilidade de nações. Por exemplo, consideraram importantes fontes de informação sobre a V_s o índice de desenvolvimento humano dos países; despesas de saúde em relação ao produto interno bruto dos países etc. Sobre a V_p avaliaram, por exemplo, a expressão de compromisso dos programas de combate a aids; o planejamento desses programas etc. Calcularam então, através de todas as variáveis pensadas, a vulnerabilidade social e programática de vários países.

Porém, ao tratar da vulnerabilidade pessoal (V_o), Mann et al. (1993) e Mann e Tarantola (1996) não se propuseram a criar um sistema de pontuação, apenas destacaram a relação entre as cognições e comportamentos com as vulnerabilidades sociais e programáticas. Consideram a vulnerabilidade pessoal função da relação entre indivíduo

e o meio social, e indivíduo e programas de combate à aids. Supomos então:

$$Vo = f(\ln(So+Po))$$

Onde:

Vo = Vulnerabilidade pessoal

In = Cognições e comportamentos individuais

So = Meio social, grupos, sociedades, cultura

Po = Atuação do programa de combate à aids

Como a vulnerabilidade também é dependente dos comportamentos das pessoas, e esse, como destacou Ajzen (2001), é função também de uma série de variáveis, a avaliação da vulnerabilidade pessoal também sugere uma teia maior de variáveis envolvidas em sua determinação. Considera-se que avaliar os níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids da população e relacionar com o conhecimento de senso comum é um passo para destrinchar os fatores envolvidos na vulnerabilidade frente a esse vírus.

3.2 Tipos de conhecimento e Representações Sociais

Não pretendemos, nesta seção, adentrar na abrangente discussão sobre aquisição (tampouco processamento) de conhecimento pelo ser humano. Mas sim apresentar uma sistematização sobre a produção do conhecimento, desde o conhecimento científico ao de senso comum. Para tanto se considerou por conhecimento, de forma geral, o processo em que as pessoas apropriam-se de um objeto, elemento da realidade, a ser conhecido e o transformam em conceitos. Tal como sugere Popper (1975) esses conceitos não são os objetos em si, mas formas de representá-los. As diferenças entre como o conhecimento é produzido, os elementos que o constituem e a forma como se organiza a produção desse conhecimento, sugerem formas de sistematizá-lo que agregam características próprias capazes de definir tipos de conhecimento (Galliano, 1979). Dentre essas sistematizações quatro tipos de conhecimento ganham destaque: o conhecimento religioso; o conhecimento filosófico; o conhecimento científico; e o conhecimento de senso comum (Galliano, 1979; Lakatos & Marconi, 2006).

O conhecimento religioso pressupõe um ser que conhece tudo e sabe sobre todas as questões que possam existir. Dessa maneira, o desafio do conhecimento colocado para as pessoas não é o de conhecer e produzir verdades sobre o mundo, mas sim compreender uma verdade já existente, revelada, concedida. O homem é menos produtor desse conhecimento, na medida em que não pratica experimentações ou busca

novas formulações, apenas busca compreender cada vez mais um corpo de conhecimentos que lhe é apresentado sistematizado, com regras, hierarquias e leis. É um conhecimento que não permite a verificação, não permite ser posto à prova, pois vem da transcendência. Representa uma forma de conhecimento que evolui muito lentamente e tende a ser estacionário. Tem como principais características ser apoiado na fé, em proposições sagradas e indiscutíveis; ser valorativo, inspiracional, sistemático, não verificável, infalível e exato (Galliano, 1979; Lakatos & Marconi, 2006).

O conhecimento filosófico apresenta-se como uma forma de conhecimento que fornece condições de avaliar as demais formas de conhecimento. Produz conceitos sobre a natureza e os limites das diferentes manifestações do conhecimento humano e sobre como ocorrem as construções da realidade realizadas pelas pessoas. De modo geral, através de pressupostos, axiomas, e de forma lógica ocupa-se com o que podemos conhecer e como conseguimos conhecer. É valorativo, racional, sistemático, não verificável, infalível e exato (Galliano, 1979; Lakatos & Marconi, 2006).

Já por conhecimento científico entende-se um processo de acúmulo de informações sobre a natureza e de ações que possam transformá-la, caracterizado como um conhecimento racional, sistemático, exato e verificável da realidade (Galliano, 1979). Podem-se inferir dois pressupostos marcos-definidores desse tipo de conhecimento, destacados por Galliano (1979), Laville e Dionne (1999) e Castañón (2004): (1) Existe um mundo (objetivo), independente de nossa consciência (subjetividade) e (2) é possível representar de forma confiável esse mundo real. O conhecimento científico parte desses axiomas para se fundamentar e construir métodos de investigação da realidade que postula.

Entre suas características apontam-se: é racional e objetivo (compõe-se de conceitos, julgamentos e raciocínios ordenados logicamente e busca retratar a realidade conforme pode ser observada); é factual e transcende os fatos (lida com ocorrências e fatos da realidade, explica-os e os relaciona com outros já explicados); é contingente (a veracidade ou falsidade do conhecimento produzido pode ser conhecida através da experiência); é analítico (decompõe o fato em partes para estudá-lo); é sistemático (ordenado logicamente num sistema de idéias), é metódico (segue etapas, normas e técnicas); é comunicável (propõe-se a ser divulgado); é verificável (pode ser comprovado pela experiência ou demonstração), é falível (não é definitivo, absoluto); é aproximadamente exato (novas descobertas podem reformular o acervo de idéias

existentes); busca e aplica leis (descreve modelos e leis que explicam o funcionamento dos fenômenos e da natureza); pode fazer predições (infeere a partir das leis que formula) (Lakatos & Marconi, 2006; Laville & Dionne, 1999).

Conhecimento de senso comum é um conhecimento produzido através da experiência e é superficial, sensitivo, subjetivo, assistemático, acrítico, valorativo, reflexivo, verificável, falível e inexato. É um conhecimento sem foco específico, de modo que procura dar conta de situações concretas vividas pelas pessoas (Galliano, 1979; Lakatos & Marconi, 2006). É um conhecimento produzido no cotidiano, através da interação das pessoas, com a intenção de tornar familiar aquilo que ainda não é (Moscovici, 2003). Jodelet (2001) destaca que o senso comum é uma forma de conhecimento do mundo construída a partir de conjuntos de significados, que permitem dar sentido aos fatos novos ou desconhecidos, formando um saber compartilhado geral e funcional para as pessoas. Esse tipo de conhecimento foi alvo de estudo de Moscovici, que elaborou a teoria das representações sociais. Tal teoria tem o conhecimento de senso comum como objeto de estudo; ou seja, os conceitos, as afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de interações e comunicações entre as pessoas (Moscovici, 1981).

Os tipos de conhecimento descritos apontam uma forma de sistematização sobre a produção de conhecimento. Isso implica que outros epistemólogos podem identificar outros tipos de conhecimento. A despeito da sistematização adotada, Moscovici (2003) apontou relações entre tipos de conhecimento e a construção do senso comum, sobretudo de sua formação a partir do conhecimento científico.

Moscovici (1981) sistematiza a compreensão do desconhecido, a produção e apreensão de conhecimento, em dois universos distintos: consensual e reificado. No consensual a sociedade se vê como um grupo feito de indivíduos que são de igual valor, em que cada indivíduo é livre para se comportar e verbalizar suas opiniões, apresentar suas teorias e suas respostas para os problemas. O universo reificado corresponde ao conhecimento científico, e as pessoas desse universo são selecionadas e qualificadas para elaborar idéias e conceitos. A participação de cada ocupante deste universo é estabelecida por uma ordem hierárquica, ordem esta que é estabelecida de acordo com os méritos, qualificação e competência profissional, bem como papéis e classes a que pertence. Enquanto as representações sociais constituem o modo de conhecimento que equivale aos universos consensuais, o conhecimento científico é o modo de conhecimento que corresponde ao universo reificado. Este

tenta construir um mapa de forças, objetos e eventos e se propõe a permanecer imune aos desejos da sociedade em geral. Aquele explica as coisas e eventos de forma que sejam acessíveis a cada um e relevantes ao interesse imediato dos indivíduos.

Nesse ambiente consensual emergem os fenômenos estudados cientificamente e conceituados como representações sociais. Definidas por Jodelet (2001) como uma forma de conhecimento elaborada socialmente e partilhada entre as pessoas, que convergem para a construção de uma realidade comum a um grupo social; além disso, possuem um objetivo prático. As representações sociais são sempre representações de alguma coisa (objeto) e realizadas por um grupo de pessoas (sujeitos), e manifestam características dos sujeitos e do objeto. As representações sociais estabelecem relações de simbolização (substituindo o objeto) e de interpretação (conferindo-lhe significações) entre sujeito e objeto. Estas significações resultam de uma atividade que faz das representações uma construção e uma expressão das pessoas.

De acordo com Wagner (1998), representação social é, ao mesmo tempo, um conteúdo mental estruturado e conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social (que apresenta aspectos cognitivos, avaliativos, afetivos e simbólicos sobre um fenômeno social relevante e capaz de assumir formas metafóricas ou imagéticas) e um processo público de criação, mudança, elaboração e difusão e do conhecimento compartilhado. Para Doise (2001) as representações sociais embasam e norteiam posicionamentos específicos diante de objetos em relações sociais, e organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações. Abric (2001) ressalta que as representações explicam a realidade, orientam práticas sociais e justificam tomadas de posição depois que elas foram tomadas, além de definirem a identidade dos grupos. De acordo com revisão de Wachelke e Camargo (2007) as representações sociais são concebidas teoricamente como processos de grupos sociais que resultam em teorias do senso comum, elaboradas e partilhadas socialmente, que têm por funções explicar aspectos relevantes da realidade, definir a identidade grupal, orientar práticas sociais e justificar ações e tomadas de posição depois que elas são realizadas.

As representações sociais formam-se a partir da comunicação e integram o conhecimento comum e compartilhado por determinados grupos sociais (Moscovici, 1981). Ao se formarem, dois processos ganham destaque, conforme lembra Vala (1996): objetivação e ancoragem. Por objetivação considera-se o processo através do qual um objeto desconhecido torna-se conceito, ganha forma de idéias e imagens

concretas. A ancoragem é um processo em que as novas informações sobre um objeto são agrupadas e classificadas em estruturas pré-existentes (Moscovici, 1981).

Moscovici (1981) propõe que existem três dimensões sob as quais os conteúdos de uma representação podem se organizar: a informacional, a atitudinal, e a de campo. A dimensão informacional refere-se à quantidade e à qualidade de conhecimento que o grupo possui a respeito de um determinado objeto social, a tudo aquilo que o sujeito conhece acerca do objeto da representação. A atitudinal relaciona-se à tomada de posição frente ao objeto socialmente representado, quer seja favorável, quer desfavorável, quer neutra. A dimensão do campo remete aos conteúdos concretos e limitados das proposições e imagens de um determinado objeto de representação, o que implica uma organização subjacente de elementos capazes de ter caráter ordenado, estruturado e hierarquizado, tal como sugerido por Abric (1998).

Esses elementos que constituem as representações sociais organizam-se em volta de uma estrutura específica, hierarquizados e com um núcleo central (Abric, 1998). Em torno deste núcleo organizam-se elementos periféricos. O núcleo central singulariza a representação e a individualiza. Possui uma função geradora, pois é a partir do núcleo central que se cria ou se transformam os significados dos outros elementos da representação; e uma função organizadora que determina a natureza da conjunção entre os elementos da representação, garantindo unidade e estabilidade ao núcleo (Abric, 1998). Os elementos periféricos organizam-se em torno do núcleo central e descrevem os elementos mais concretos, acessíveis e cotidianos. Os elementos periféricos têm função de prescritores de comportamentos, indicam como as pessoas agem espontaneamente em um determinado contexto (Flament, 2001).

3.3 Representações sociais da aids

As representações sociais sobre a aids, em diferentes grupos, demonstram elementos normativos como principais marcos caracterizadores; e apontam componentes emocionais ligados à morte como elementos centrais dessa representação (Castanha & Araújo, 2006; Camargo et al., 2007; Jodelet, 2001; Morin & Vergès, 1992; Tura, 1998). Há mais elementos que constituem as representações sobre a aids (Camargo, 2000) e podem modificar-se de acordo com o grupo de pessoas estudado (Wagner, 1998; Sá, 1998) e a época de realização do estudo.

Em uma pesquisa com adolescentes, Tura (1998) encontrou como elementos centrais da representação social da aids: morte, sexo, camisinha e doença. Ora aids era associada com camisinha, ora com doença capaz de matar, alternando a noção de doença mortal com a noção de prevenção. Madeira (1998) realizou uma pesquisa com um grupo de pessoas de nove a 22 anos de idade e apontou os elementos morte e prevenção associados à representação social da aids na maior parte das entrevistas realizadas. Verificou que o grupo temia a aids pela possibilidade da morte, porém, consideravam-se imunes a ela, colocando-a sob a alçada do outro. Enquanto a prevenção (o uso do preservativo) estava relacionada à desconfiança, e servia como um objeto de proteção contra o grupo do qual julgavam não pertencer.

Em outro estudo realizado com estudantes do ensino médio, Camargo et al. (2007) demonstraram que a representação social da aids era formada pelos elementos: morte, doença, sexo, preservativo, tristeza, prevenção, medo e sofrimento. Quando realizaram o teste de confirmação do núcleo central, a partir da marcação dos elementos que os adolescentes consideravam os mais importantes, constataram a centralidade de todos, exceto tristeza. Além desses, foi confirmada a centralidade de elementos que apareceram como situados no sistema periférico: preconceito, irresponsabilidade e descuido. Também encontraram relações entre os elementos constituintes das representações sociais sobre a aids e o conhecimento científico dos participantes, constataram que aqueles com mais conhecimento científico apresentavam mais frequentemente o elemento sangue em suas representações, enquanto os com menos conhecimento salientavam mais frequentemente o elemento tristeza. Destaca-se esse estudo por ter sido o único encontrado que relacionou diretamente as representações sociais e o conhecimento científico acerca da aids.

Flores-Palacios e Leyva-Flores (2003) analisaram as representações sociais da aids em um grupo de estudantes do ensino médio, com idades entre 16 e 23 anos, residentes da Cidade do México. O método empregado envolveu três fases distintas, sendo a primeira delas a aplicação da técnica de associação livre (46 estudantes), visando investigar a dimensão informativa da representação social. No que se refere a esta dimensão, os autores verificaram que a representação social da aids desta população inclui no núcleo central três elementos: morte, doença e sexo. Em relação aos elementos periféricos, foram evocadas as seguintes palavras: baixa auto-estima, sofrimento, hospitais, sangue, tristeza, homossexuais, imunodeficiência, preocupação, terror, adolescência, degenerados, degradação, parceiro, ignorância.

Camargo (2000), em um grupo de universitários, encontrou como elementos centrais da representação social da aids: sexo e prevenção, o que caracterizou a relação da aids com a noção de prevenção sexual. Thiengo, Oliveira, Rodrigues e Benedita (2002) chegaram às mesmas conclusões ao pesquisarem adolescentes. Ao comparar as representações do grupo de homens e do grupo de mulheres, Camargo (2000) observou que para os homens a aids aparecia como uma doença temível que deveria ser prevenida e estava ligada ao sexo e ao uso de drogas. Para as mulheres, estaria ligada ao sexo e à morte, devendo ser prevenida por meio da adoção do uso de preservativo. O autor também destacou que tanto para homens quanto para as mulheres a noção de doença mortal dava espaço a de prevenção sexual.

Palacios e Alba (2006) estudaram as representações sociais de jovens universitários mexicanos a cerca da aids e o impacto dos meios de comunicação na construção destas representações. Participaram da pesquisa 400 estudantes de uma universidade pública, divididos entre cursos de engenharia, saúde, ciências sociais, a maioria mulheres, entre 17 e 25 anos e solteiros. Foi aplicado um questionário auto-administrado, contendo questões fechadas e abertas, as quais foram analisadas de forma quantitativa e qualitativa (análise hierárquica descendente), respectivamente. Esta última análise resultou em duas dimensões que compõem as representações sociais da aids para o grupo estudado. A primeira dimensão foi a predominante entre os discursos do grupo, sendo denominada ‘conhecimento do senso comum’, uma vez que trouxe à tona temores e mitos despertados pela doença. Esta dimensão, por sua vez, dividiu-se em duas classes: 1) formas de contágio, que incluiu 58% do texto analisado (sexo desprotegido, transfusão de sangue e utilização de objetos cortantes contaminados) e 2) formas de prevenção, que fez parte de 16% do texto (utilização do preservativo, especialmente com desconhecidos, cuidado ao receber sangue de um doente).

Por sua vez, a segunda dimensão das representações sociais dos estudantes no estudo de Palacios e Alba (2006) correspondeu a um discurso mais racional e científico sobre a doença e por isso foi denominada ‘conhecimento especializado’. Esta dimensão incluiu somente uma classe, ‘danos causados pelo HIV’, que esteve presente em 26% do texto analisado. Nesta classe, os estudantes forneceram explicações sobre os mecanismos de funcionamento da doença, reconhecida como mortal e incurável.

O estudo de Brasileiro e Freitas (2006) teve como foco pessoas com idade acima de 50 anos, portadoras de HIV. Suas representações

sociais da aids foram investigadas através de uma entrevista aberta, em profundidade, sendo os dados analisados através de uma análise do discurso. Os resultados indicaram que para o este grupo o núcleo central da representação social é marcado pela relação estreita entre a aids e a morte, vivida como uma ameaça constante. Acompanhando seus discursos sobre essa relação os autores verificaram a presença de estratégias de enfrentamento, tais como o desafio, o heroísmo e a esperança da cura. Por sua vez, o sistema periférico incluiu a idéia de que os médicos tendem a não desconfiar que um idoso possa ser soropositivo e a relação que os participantes estabeleceram entre a aids e o câncer, considerando este último como uma doença que mata mais rapidamente, mas por outro lado é mais aceita socialmente.

A variável sexo e sua relação com as representações sociais da aids foi também explorada no estudo de Azevedo, Fonseca, Coutinho e Saldanha (2006), o qual teve como objetivo apreender as representações sociais das adolescentes do sexo feminino acerca da sexualidade e da aids. Participaram deste estudo 110 adolescentes, com idade entre 12 e 19 anos, as quais responderam a questões de associação livre com diferentes termos indutores, sendo um deles com o termo 'aids'. Uma análise fatorial de correspondência diferenciou as representações sociais em três grupos combinados quanto à idade e ao tipo de escola. Para as adolescentes com idades entre 12 a 14 anos (independente da escola), a aids ligou-se aos termos ruim e camisinha. Para aquelas de 18 e 19 anos e que frequentam a escola pública a aids relacionou-se ao descuido, arrependimento e ao preconceito. Já para as adolescentes de escolas privadas, somente o elemento 'doença' emergiu como associado à aids.

Por outro lado, Andrade e Nóbrega-Therrien (2005) analisaram as representações sociais sobre a sexualidade de homens que se identificam como heterossexuais. Através de uma entrevista semi-estruturada e uma análise de conteúdo, os autores verificaram que aids aparece vinculada às suas representações sociais da sexualidade e ligada à morte. Apesar disso, e embora se percebessem como vulneráveis à doença, os homens pesquisados pareciam desvincular a aids do seu cotidiano real.

Giacomozzi e Camargo (2004) realizaram uma pesquisa com o objetivo de verificar como as mulheres com relacionamento fixo elaboram suas representações sociais sobre aids e se isso tem repercussão nas suas práticas de prevenção à doença. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas ($N = 20$) e analisados por meio do programa ALCESTE, o qual realiza uma análise hierárquica descendente. Tal análise resultou em seis classes de significados, as quais, em conjunto, revelaram que, embora as mulheres

demonstrassem conhecer a doença e suas formas de prevenção, afirmavam não utilizarem o preservativo por sentirem-se protegidas no seu relacionamento conjugal e confiarem no seu parceiro. Dessa forma, também foi evidenciado que o espaço da casa é ligado à segurança e o da rua como sendo o ambiente que as pessoas sem relacionamento fixo estariam expostas ao vírus.

A variável 'relacionamento amoroso fixo' e sua relação com as representações sociais da aids foi também estudada por Oltramari e Camargo (2004). Neste caso, os autores compararam as representações sociais sobre prevenção da aids entre profissionais do sexo com ($n = 18$) e sem ($n = 22$) relacionamento fixo. Uma entrevista semi-estruturada foi aplicada, envolvendo questões sobre conhecimento a respeito da aids e sobre sua prevenção, e as formas de prevenção por elas empregadas. Os dados foram analisados através de uma análise hierárquica descendente, realizada no programa ALCESTE. A análise resultou em seis categorias temáticas que indicaram três aspectos salientes das representações sociais das profissionais do sexo sobre a aids: a aids como uma doença do outro (preservativo, marido, parceiro, gente, exame), a aids como uma ameaça para todos (aids, pessoas, doença, camisinha, profissão) e a aids como doença de usuário de drogas e de pessoas suspeitas (aids, risco maior, camisinha, sexo). O primeiro aspecto (a aids como a doença do outro) foi o que predominou na representação social da aids nesta população. No entanto, a noção de 'outro' diferenciou-se entre as mulheres com e sem parceiro fixo. Para as que não possuíam parceiros, o 'outro' associado à doença poderia ser o parceiro fixo (ex ou futuro), que se revelava como uma ameaça. Já para as mulheres com parceiro fixo, o outro se relacionava aos clientes, estabelecendo uma relação entre o risco e a profissão. Para estas últimas, o teste sorológico para o HIV é considerado suficiente para a prevenção junto ao seu parceiro fixo.

Com relação a representações sociais de grupos com profissões diferentes, Marques, Oliveira e Francisco (2003) realizaram uma pesquisa com o objetivo de identificar e comparar o conteúdo e a estrutura da representação social da aids de trabalhadores da enfermagem e técnico-administrativos de um hospital universitário. Para tanto, a técnica de associação livre foi aplicada em 366 servidores, utilizando-se o termo indutor 'aids'. Os autores verificaram que a representação social da aids dos grupos foram fortemente marcada por elementos negativos, incluindo como elementos centrais as palavras medo, morte, preconceito, prevenção e sofrimento. Por sua vez, como elementos periféricos, foram evocadas as seguintes palavras: amor,

contaminação, cuidado, discriminação, drogas, perigo, promiscuidade, sangue, solidariedade, solidão e vergonha.

Ao compararem a estrutura da representação social entre os grupos de profissionais de enfermagem e o grupo de técnico-administrativos, Marques et al. (2003) verificaram que as palavras morte, preconceito e sofrimento foram comuns ao núcleo central da representação social da aids nos dois grupos. Todavia, a palavra tristeza foi incluída no núcleo central somente no grupo dos técnico-administrativos, o que segundo os autores poderia indicar a presença marcante de elementos subjetivos e negativos na representação social deste grupo. Por outro lado, a representação social do grupo de profissionais de enfermagem incluiu como elementos centrais as palavras prevenção e sexo, marcando a presença de aspectos ligados a possibilidade de evitar o contato com o HIV e a conhecimentos sobre formas de transmissão da doença. Por fim, os sistemas periféricos da representação social da aids foram os que apresentaram um maior número de diferenças entre os dois grupos. Enquanto palavras que denotam conhecimentos, atitudes e sentimentos (ex: contágio, drogas, tristeza) compuseram o sistema periférico dos profissionais de enfermagem, no grupo de técnico-administrativos houve predomínio de palavras que refletem sentimentos e emoções, como solidariedade, amor, cuidado.

Utilizando as mesmas técnicas de coleta e análise de dados, Marques, Oliveira e Gomes (2004) realizaram uma pesquisa com 366 trabalhadores de um hospital universitário, visando identificar a estrutura de suas representações sociais sobre aids, bem como comparar tal estrutura entre subgrupos, a partir da variável idade (até 35 anos e acima de 35 anos). Os autores constataram que o núcleo central da representação social dos trabalhadores até 35 anos incluía as palavras: camisinha, doença, dor, medo, morte, preconceito e sofrimento. Essas mesmas palavras, com exceção da palavra doença, foram incluídas na representação social do grupo de trabalhadores com idade acima de 35 anos, acrescidas das palavras prevenção, sexo e tristeza. Por sua vez, os seguintes elementos compuseram a periferia da representação social no grupo de trabalhadores com até 35 anos: angústia, contágio, cuidado, cura, discriminação, doença incurável, emagrecimento, esperança, insegurança e solidão. Algumas diferenças também foram constatadas com relação à periferia da representação social no grupo com idade acima de 35 anos, sendo composto pelas palavras: amor, angústia, contaminação, cura, desinformação, drogas, perigo, sangue, solidariedade, solidão, transfusão e vergonha.

Marques et al. (2004) concluem que a comparação entre os subgrupos não configura representações distintas, porém evidencia algumas diferenças no que diz respeito a importância atribuída a alguns elementos da representação social. Um aspecto marcante foi a menor valorização do elemento *camisinha* pelo grupo de trabalhadores mais jovem, bem como a não inclusão da palavra *prevenção* no núcleo central da representação social deste mesmo grupo.

Castanha e Araújo (2006) investigaram as representações sociais da *aids* em um grupo de agentes comunitários de saúde ($N = 70$). Duas técnicas de coleta de dados foram utilizadas: uma entrevista semi-estruturada (entre as perguntas, havia: *O que você sabe sobre a aids?*) e uma questão de associação livre de palavras através do termo indutor '*aids*'. Uma análise fatorial de correspondência indicou que para as agentes femininas, com idades entre 26 e 29 anos, a representação social da *aids* inclui os elementos *doença*, *prevenção*, *medo* e *morte*. Independente do sexo, e na faixa etária de 22 a 25 anos, a *aids* foi relacionada às palavras *doença*, *relação sexual*, e *amor*. Ainda, para os agentes do sexo masculino, na faixa etária de 30 anos, a representação social da *aids* foi ancorada nos elementos: *doença*, *cuidado*, *tristeza* e *camisinha*.

As respostas à questão aberta da entrevista foram analisadas através de uma análise de conteúdo, a qual resultou em três categorias e 15 subcategorias (Castanha & Araújo, 2006). Na categoria '*concepções/descrições da aids*', a subcategoria '*doença*' foi a mais citada, seguida das subcategorias '*incurável*', '*preconceito*', '*morte*', '*vírus*' e '*dst*'. A categoria '*formas de transmissão da aids*' incluiu as subcategorias (em ordem de maior frequência): *sexo oral*, *sexo anal*, *seringas contaminadas*, *transfusão sanguínea*, e *leite materno*. Por fim, a última categoria denominada '*formas de prevenção à aids*', incluiu com maior frequência a subcategoria '*camisinha*', seguida de '*palestras*', '*informação*' e '*apoio familiar*'.

Rodrigues, Sobrinho e Silva (2005) estudaram, mais especificamente, as representações sociais construídas por cirurgiões-dentistas acerca da *aids*, bem como a forma com que tais representações orientam suas práticas profissionais de biossegurança. Os autores aplicaram um questionário estruturado, uma entrevista semi-estruturada e realizaram observações etnográficas junto a 100 cirurgiões-dentistas da cidade de Natal. Seus resultados indicaram que embora os cirurgiões-dentistas demonstrem possuir informações adequadas quanto às formas de contaminação e os meios de prevenção à *aids*, no que se refere à biossegurança, apresentam um conhecimento incompleto, fragmentado e

baseado numa visão tradicional. Nesse sentido, segundo os autores, essa contradição culmina em confusões nas práticas adotadas, tanto em relação à aplicação de um programa de controle de infecção quanto ao acolhimento do paciente.

O estudo de Ribeiro, Coutinho e Saldanha (2004) também teve como foco profissionais de saúde. Todavia, neste caso, os autores investigaram as representações sociais da aids de médicos e enfermeiros que atendem diretamente pacientes soropositivos para o HIV. Participaram da pesquisa 56 profissionais, sendo a maioria (82%) do sexo feminino e com idade superior a 44 anos (48%). Novamente, a técnica de coleta de dados foi a associação livre de palavras (dois termos indutores: aids e tratamento) e os dados foram analisados através de uma análise fatorial de correspondência. Esta análise diferenciou a representação social da aids entre quatro grupos: 1) médicos, de ambos os sexos, que relacionaram a aids às palavras medo, morte e prevenção (através da camisinha e do apoio) e o tratamento às palavras gratuito, competência e acompanhamento; 2) médicas (sexo feminino) que enfatizaram a relação da aids com a prevenção (contágio profissional/acidente de trabalho), o cuidado, o apoio familiar e a solidariedade, e do tratamento com o acompanhamento e a esperança da cura; 3) enfermeiras, cuja representação social da aids incluiu os elementos promiscuidade, preconceito, desinformação, tratamento e esperança, e do tratamento incluiu as palavras cuidado e esperança; e 4) médicos e enfermeiros acima de 44 anos que associaram a aids ao termo doença e o tratamento aos elementos apoio, solidariedade, carinho, informação e orientação.

Em uma pesquisa posterior, Ribeiro, Coutinho, Saldanha e Castanha (2006) incluíram em sua amostra, além de médicos e enfermeiros, profissionais da área de humanas, como psicólogos e assistentes sociais. O método empregado para apreender suas representações sociais da aids novamente foi o levantamento de dados, através da técnica de associação livre de palavras. Os resultados indicaram que os profissionais da área de humanas representaram a aids através dos elementos DST, solidariedade e amor. Por sua vez, os profissionais da saúde utilizaram predominantemente os elementos promiscuidade e tratamento para representar a aids. Ainda, a análise diferenciou grupos segundo a idade e o sexo. Para os participantes com idades entre 24 e 33 anos (independente da profissão), a aids está ligou-se à morte, depressão e sofrimento; e para aqueles que possuíam mais de 44 anos, ligou-se ao apoio. Por fim, para os participantes do sexo

masculino, as representações sociais da aids foram ancoradas nos elementos descuido e camisinha.

Ribeiro, Castanha, Coutinho e Saldanha (2005) investigaram também as representações sociais de profissionais que trabalham com pacientes soropositivos e dos próprios pacientes (aderentes ao tratamento) acerca do atendimento prestado e do tratamento da aids. Um total de 77 profissionais e 41 pacientes respondeu a questões de associação livre de palavras (indutores: aids, atendimento e tratamento), cujos dados resultantes foram analisados através de uma análise fatorial de correspondência. Os resultados diferenciaram as representações sociais entre três grupos: pacientes, profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e profissionais de humanas (psicólogos e assistentes sociais). A representação social da aids para os pacientes incluiu os seguintes elementos: prevenção, desespero, depressão, cuidado, responsabilidade, vida, compreensão, médico e medicação. Já para os profissionais de humanas, a representação social da aids foi marcada pelos elementos: contágio, promiscuidade, descuido, camisinha e apoio. Por fim, para os profissionais de saúde a aids relacionou-se com: infecção, incurável, promiscuidade, preconceito, depressão, dor, família e esperança.

De maneira mais aprofundada, Ribeiro, Coutinho, Saldanha e Azevedo (2006) investigaram as representações sociais da aids junto a profissionais que trabalham com aids e pacientes soropositivos, de modo a conhecer suas representações e compará-las. Para tanto, aplicaram uma entrevista semi-estruturada em 29 profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) e da área humana (psicólogos e assistentes sociais), a maioria (83%) do sexo feminino; e em 20 pacientes distribuídos de forma semelhante entre os sexos. Os dados foram analisados através de uma análise de conteúdo, a qual resultou em uma categoria denominada 'concepção da aids' e três subcategorias. A primeira delas, 'doença orgânica' foi a predominante entre o grupo de profissionais, tanto de saúde, quanto de humanas. Esses profissionais enfatizaram, por exemplo, a inexistência de cura para a doença e sua cronicidade, o que, segundo os autores, demonstra que suas representações sociais estão ancoradas principalmente no saber científico. Já as duas outras subcategorias, 'doença moral' e 'doença psicoafetiva' predominaram entre os pacientes, os quais enfatizaram a doença como associada ao preconceito e ao mesmo tempo à mudança de valores, e também associada à necessidade de apoio socioafetivo, vindo especialmente da família, bem como vinculada à depressão.

Assim como esse último estudo descrito, um outro conjunto de pesquisas teve por objetivo investigar as representações sociais da aids de pessoas soropositivas ao HIV. Tal como fez Cardoso e Arruda (2004), junto a 32 pacientes portadores do HIV, divididos entre os aderiam ao tratamento e os que não aderiam. O sexo dos respondentes e o grau de escolaridade não diferiram entre os dois grupos. Os autores utilizaram para tanto uma entrevista composta por associações livres e perguntas abertas, visando investigar a relação dos sujeitos com sua condição de soropositivo e com seu tratamento. De maneira geral, os resultados demonstraram que a representação social da soropositividade no grupo dos aderentes estava fortemente associada a tomar remédios, sendo, portanto, ancorada no saber científico. Por outro lado, no grupo dos não aderentes ao tratamento a soropositividade foi vista de maneira ameaçadora, angustiante, que precisa ser negada, e suas representações sociais pareceram não estar estruturadas na doença e no tratamento.

Também Castanha, Coutinho, Saldanha e Ribeiro (2006) estudaram pacientes soropositivos ao HIV, objetivando compreender os aspectos psicossociais da vivência da soropositividade e suas consequências na vida diária. Participaram do estudo 13 pacientes de ambos os sexos, os quais responderam a uma entrevista em profundidade, norteadas pela seguinte questão: ‘fale tudo o que você pensa sobre a aids’. Os dados foram analisados através de uma análise de conteúdo, a qual resultou em cinco principais categorias. A primeira delas, denominada ‘representações da aids’, foi composta pelas subcategorias doença (32% das respostas), naturalização (26%), sofrimento (25%) e morte (17%). As consequências biopsicossociais da aids dividiram-se em três categorias. As ‘físico-orgânicas’ foram compostas pelas subcategorias: capacidade física (50%), perturbações fisiológicas (25%) e efeitos colaterais do medicamento (25%). Como consequências ‘psico-afetivas’ foram citadas o preconceito (43%), a depressão (42%) e a auto-estima (15%), e como consequências ‘comportamentais’ os pacientes enfatizaram a sexualidade (65%) e o isolamento (35%). A última categoria teve como tema a autopercepção dos pacientes e dividiu-se em suas subcategorias: negativa (67%) e positiva (33%).

Castanha et al. (2006) enfatizaram ainda que as representações sociais da aids dos participantes incluíam duas novas formas de ancoragem. Uma delas foi a ancoragem da aids nas doenças crônicas, como o diabetes, o que segundo eles pode ser resultado do avanço da terapêutica antiretroviral e do consequente processo de naturalização da doença por aqueles que possuem o diagnóstico. Além disso, ficou

indicado no discurso dos pacientes a ancoragem da aids a doenças psicoafetivas, principalmente à depressão, o que serve de alerta aos profissionais que trabalham com essa população.

Goodwin et al. (2003) investigaram as variações da representação social da aids entre pessoas de diferentes ocupações (profissionais da saúde e empresários) e culturas (Estônia, Geórgia, Hungria, Polônia e Rússia). Participaram do estudo 511 pessoas, sendo aproximadamente 100 de cada país e metade da amostra profissionais de saúde. Uma das técnicas de coleta de dados utilizada foi a associação livre, a partir do termo indutor 'aids'. De maneira geral, as palavras mais frequentemente evocadas foram (em ordem decrescente): doença, morte, drogas, sangue, homossexual, camisinha, atividade sexual, medo, África, prostituição, sexo casual, infortúnio e intolerância, desesperança. Os autores também verificaram não haver diferenças significativas nas palavras evocadas por profissionais da saúde e empresários, o que também ocorreu em relação à comparação entre os países.

A aids é objeto de conhecimento tanto do senso comum como do conhecimento científico, seja doença ou objeto social. Enquanto o conhecimento científico produz informações capazes de identificá-la, categorizá-la, combatê-la e destacar suas repercussões na vida humana a partir de uma proposta de neutralidade de valores; o campo das representações sociais faz o mesmo, porém permeado de valores, crenças, atitudes, normas sociais. Identificar as representações sociais sobre a aids permite acessar a forma como as pessoas compreendem o fenômeno e os elementos que utilizam para orientar e justificar suas ações.

3.4 Níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids

Reconhece-se o grau de complexidade entre as variáveis sociopsicológicas envolvidas na determinação de um comportamento (Ajzen, 2001) e considera-se o conhecimento produzido no âmbito do senso comum e sua semelhança com o científico, como uma delas (Rouquette, 1998; Abric, 1998). Pesquisas têm sido desenvolvidas e apontam que há relação entre o conhecimento e comportamentos preventivos (Almeida, Silva & Cunha, 2007); porém, indicam haver outras variáveis significativas na adoção de práticas preventivas (Camargo & Bertoldo, 2006; Camargo & Botelho, 2007) de tal sorte que a influência do conhecimento pode ser pequena ou nula (Martins et al. 2006; Trajman et al., 2003). Salientam-se nesses estudos formas e instrumentos diferentes, não padronizados, para mensurar o

conhecimento sobre HIV e aids, o que dificulta comparações entre os resultados.

Lazzarotto et al. (2009) ao investigarem o conhecimento sobre conceitos, transmissão, prevenção, vulnerabilidade e tratamento do HIV/aids de 510 pessoas de 60 a 90 anos de idade, no Rio Grande do Sul, verificaram uma alta frequência de respostas erradas aos itens sobre domínios conceitos (não julgavam a possibilidade de inexistência de sintomas em soropositivos), transmissão (não acreditavam na impossibilidade de transmissão por picada de mosquito) e vulnerabilidade (viam como únicas pessoas vulneráveis os homossexuais e os jovens). Tais resultados são compatíveis com os achados de Camargo et al. (2007), para a população de adolescentes catarinenses ($N = 262$), em que demonstrou que o nível de conhecimento dos estudantes do ensino médio sobre o HIV e sua transmissão, a infecção pelo vírus e tratamento, e as formas de prevenção do HIV era insuficiente para considerá-los cientificamente bem informado sobre o HIV/aids. Dados que corroboram os achados de pouco conhecimento científico de Camargo, Barbará e Bertoldo (2005) para as mesmas dimensões da pesquisa descrita anteriormente (HIV e transmissão, infecção pelo vírus e tratamento, prevenção ao HIV).

A respeito de transmissão e prevenção do HIV, Ferreira (2003), em uma pesquisa com dados do ano de 1998 da população brasileira, constatou que 51,7% das pessoas tinham um conhecimento mínimo sobre o tema, e 35,2% um bom nível de conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV. A autora também apontou que as mulheres mostraram-se mais bem informadas que os homens, inclusive entre os jovens de 16 a 24 anos e entre diferentes classes socioeconômicas. Posteriormente, Ferreira (2008) comparou dados dos anos de 1998 e 2005 da população brasileira sobre o conhecimento da transmissão do HIV e notou um acréscimo do nível desse conhecimento para os homens, de forma a não mais caracterizar diferenças entre homens e mulheres. Nessa última pesquisa a autora também verificou um aumento na frequência de pessoas bem informadas sobre transmissão e prevenção do HIV para 57,2% da população. Ferreira (2003) também concluiu que o nível de conhecimento aumentava conforme ocorria uma melhoria nas condições socioeconômicas, sendo as maiores diferenças entre as classes A e E.

Martins, Nunes, Muñoz-Silva e Sánchez-García (2008) investigaram o conhecimento de universitários portugueses e espanhóis sobre a transmissão e prevenção do HIV ($N = 678$) e constataram que, embora o conhecimento tenha sido elevado para os dois grupos de

participantes com nacionalidades diferentes, mais de 79% de acertos, entre os portugueses o índice de acertos foi maior que entre os espanhóis. Contudo, os espanhóis utilizavam mais constantemente o preservativo. Os autores atribuíram o maior conhecimento dos portugueses às fontes de informação que utilizavam mais frequentemente que os espanhóis: médicos e enfermeiros. A respeito das fontes de informação Camargo e Barbará (2004) testaram o efeito de panfletos informativos na retenção de conhecimento sobre formas de transmissão e prevenção ao HIV e verificaram que o conteúdo da informação de cada panfleto testado influenciava incrementos na retenção do conhecimento em função do grupo dos participantes (escola privada, escola pública, sexo). Ao comparar o efeito de outro meio de divulgação, Camargo, Barbará e Bertoldo (2008) constataram que vídeos com conteúdo científico exibido sem apelo emocional e de forma objetiva proporcionaram maiores incrementos no conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV, que vídeos com características opostas.

Camargo e Botelho (2007), em uma pesquisa com 1386 estudantes do ensino médio, em Santa Catarina, verificaram que mais de 90% dos estudantes conheciam as vias de transmissão e prevenção do HIV. Contudo, mais de 30% deles erravam ao indicar formas de impossibilidade de contágio, como a doação de sangue e banheiros públicos, por exemplo, e os autores relacionaram esse desconhecimento aos estudantes terem como principal fonte de informação os amigos. Dados semelhantes sobre prevenção e transmissão do HIV foram encontrados por Trajman et al. (2003) que pesquisaram 945 estudantes de 13 a 21 anos de idade, no Rio de Janeiro, e verificaram que mais de 90% dos participantes ativos sexualmente conheciam o método preventivo representado pelo preservativo, embora menos de 35% deles declaravam usá-lo. Os autores também encontraram associação entre baixa renda familiar, gazejar aulas sobre dts/aids e ausência de diálogo com os pais e conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV insatisfatório.

Ao encontro desses resultados, a pesquisa de Martins et al. (2006), com adolescentes de 12 a 19 anos de idade (N = 1594), em escolas públicas e privadas de São Paulo, indicou uma maior frequência de estudantes satisfatoriamente informados sobre a transmissão do vírus na rede de ensino privada, comparada à pública. Os autores também concluíram que possuir um maior grau de escolaridade era preditor de um maior nível de conhecimento sobre prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e à aids, além de outros preditores como: ser mulher, ser branco, ser solteiro e estudar em escola privada. Em

pesquisa para construção e validação de um teste de conhecimento o vírus da aids, Carey, Morrison-Beedy e Johnson (1997), nos Estados Unidos, verificaram que o nível de conhecimento sobre esse assunto aumentava conforme o acréscimo do grau de escolaridade. Torres e Ruffino (2001) em um estudo para elaboração de um teste de competência técnica para prevenção do HIV/aids de enfermeiros verificaram que o conhecimento sobre HIV/aids era superior em profissionais que recebiam treinamento, comparado aos que não o recebiam. De forma semelhante, Carey e Schroder (2002), em outro estudo sobre construção de instrumento para avaliação do conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV, constataram que o conhecimento era mais elevado entre aqueles treinados no assunto.

Esforços no sentido de buscar a mensuração do conhecimento das pessoas sobre o HIV e a aids desenvolvem-se a partir da hipótese de que um conhecimento legítimo sobre a doença e o vírus causador, as formas de transmissão e os modos de prevenção tornariam as pessoas aptas a se comportarem de forma mais segura frente ao agravo. Bauer (1994) destaca que a aproximação do conhecimento que as pessoas possuem sobre a aids ao conhecimento acumulado pela ciência sobre esse tema proporcionaria benefícios no tratamento dessa pandemia. Nesse sentido, verificar as relações entre as representações produzidas no âmbito do universo reificado (o conhecimento científico) e no senso comum (as representações sociais), tendo em vista que um único estudo (Camargo et al, 2007) dessa natureza foi encontrado no meio acadêmico, poderá revelar elementos importantes para compreensão da vulnerabilidade das pessoas frente à aids.

4. ESTUDO 1 – Construção do teste de conhecimento científico sobre HIV/aids

Há pesquisas que, ao medirem o conhecimento sobre HIV/aids, salientam apenas um aspecto do conhecimento, por exemplo, o conhecimento sobre formas de transmissão e prevenção (Camargo, 1997; Camargo, Botelho & Souza, 2001; Camargo & Botelho, 2007; Carey, Morrison-Beedy, & Johnson, 1997; Carey & Schroder, 2002; Dab, Moatti, Quenel, Beltzer & Anes, 1992; Ferreira, 2008); e outras que pretendem avaliar mais que um fator do conhecimento (Camargo et al., 2005; Kelly, Lawrence, Brasfield & Hood, 1988). Kelly et al. (1988) propõem avaliar conhecimentos básicos sobre etiologia e epidemiologia da doença e os conhecimentos sobre formas de infecção por HIV e comportamentos de prevenção e risco ao contágio. Camargo et al. (2005) desenvolveram um teste de conhecimento global sobre aids, que avalia os fatores sobre: o vírus da aids (HIV) e a transmissão; a infecção por HIV e o tratamento da aids; as formas de prevenção ao contágio por HIV.

Pautado na noção de Camargo et al. (2005) de conhecimento global sobre HIV e aids, propôs-se nesse estudo a construção de um teste capaz de avaliar o nível de conhecimento científico sobre HIV e aids de pessoas maiores de 18 anos de idade. Para tanto, define-se nível de conhecimento científico como a habilidade de um indivíduo em responder questões sobre determinado objeto (HIV e aids) de forma muito semelhante à respondida por especialistas (conhecimento acumulado produzido pela ciência sobre HIV e aids) na mesma época. De tal forma que os indivíduos possam indicar através de comportamento observável (marcar com caneta em folha de papel) se consideram tais questões como verdadeiras, falsas ou se não sabem respondê-las.

Para tanto, decompôs-se o conhecimento sobre HIV e aids em seis dimensões teóricas descritoras de uma sistematização sobre o tema geral, a saber: Dimensão 1 (D1) - Descrição da aids e HIV; Dimensão 2 (D2) - História da doença e HIV; Dimensão 3 (D3) - Formas de contágio e prevenção do HIV; Dimensão 4 (D4) - Sintomatologia da aids e funcionamento do HIV; Dimensão 5 (D5) - Tratamento da aids e controle HIV; Dimensão 6 (D6) – Epidemiologia. A D1 representa o conhecimento acerca da conceituação da aids e seu agente etiológico. O conhecimento sobre a localização da doença e do HIV na história da humanidade desde sua origem corresponde à D2. O conhecimento sobre as formas de contágio e prevenção do HIV forma a D3. A D4 é

composta pelo conhecimento acerca dos sintomas da aids e funcionamento do HIV em contato com o organismo humano. O conhecimento sobre as formas de tratamento da doença constitui o D5. O D6 caracteriza o conhecimento relativo a dados epidemiológicos da aids.

4.1 OBJETIVOS

4.1.1 Objetivo Geral: construir um teste de conhecimento científico sobre HIV/aids para pessoas maiores de 18 anos de idade.

4.1.2 Objetivos Específicos:

- Elaborar um conjunto de itens sobre HIV/aids a partir do conhecimento compartilhado por público leigo no assunto;
- Elaborar um conjunto de itens sobre HIV/aids a partir do conhecimento científico produzido à época;
- Realizar a validação de conteúdo do teste (análise de juízes e análise da semântica).

4.2 MÉTODO

4.2.1 Caracterização da pesquisa

Este estudo deu-se em três etapas distintas e complementares, na primeira etapa elaborou-se um conjunto de itens a partir do conhecimento compartilhado por uma população leiga em HIV/aids; posteriormente, (Etapa 2) construiu-se um rol de itens a partir do conhecimento científico produzido sobre o assunto à época do estudo; no terceiro momento (Etapa 3) todos os itens foram postos à análise de juízes para verificar a adequação deles ao construto e à análise semântica para verificar a compreensão pelo público leigo em HIV/aids. De forma geral, esse estudo pode ser classificado como um levantamento de dados de caráter exploratório (Sampiere, Colado & Lúcio, 1994). Nas Etapas 1 e 3 houve coleta de dados através de entrevista e aplicação de questionários, respectivamente. Na Etapa 2 o levantamento foi bibliográfico.

4.2.2 ETAPA 1 – Levantamento itens senso comum

4.2.2.1 Participantes

Participaram nove pessoas com idades entre 19 e 39 anos, média de idade 27,44 anos ($DP = 7,84$), quatro homens e cinco mulheres. A escolaridade variou de 2 a 13 anos de estudos (três pessoas com menos de oito, cinco pessoas com nove a 11 anos de estudos e uma pessoa com mais de 13 anos de estudos). A maior parte relatou estar solteira (seis pessoas). Nenhum dos participantes havia recebido informações específicas sobre HIV/aids, participado de curso ou palestra sobre o assunto.

4.2.2.2 Instrumentos

Roteiro de entrevista (RE): um conjunto de 27 questões de respostas abertas, entre elas oito sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, ocupação, cidade residência, cidade nascimento, estado civil, orientação sexual, fonte de informações sobre saúde e doenças) e 19 sobre aids e HIV distribuídas entre os sub-temas (número de questões): descrição da aids e HIV (05); história da doença e HIV (03); formas de contágio e prevenção do HIV (03); sintomatologia da aids e funcionamento do HIV (03); tratamento da aids e controle HIV (03); epidemiologia (02). Apêndice A.

4.2.2.3 Procedimentos

Éticos

Inicialmente encaminhou-se o projeto informando os procedimentos de coleta de dados, em acordo com a resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, o qual obteve aprovação e certificação para prosseguimento sob número 200/09. Anexo 1. Anteriormente à coleta de dados os participantes eram informados sobre os objetivos e fins da pesquisa, a anonimidade, a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas, bem como da possibilidade de desistirem em qualquer momento que desejassem. Também recebiam o termo de consentimento livre esclarecido, conforme Apêndice B, contendo informações sobre a pesquisa e assinavam se consentiam em participar.

De coleta

Os participantes foram localizados através de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de uma cidade de Santa Catarina. Ao buscarem o serviço para realizar a testagem foram convidados individualmente e em momentos diferentes a participar da pesquisa, desde que nunca tivessem recebido orientações, cursos, palestras ou informações específicas sobre HIV/aids e fossem maiores de 18 anos de idade. Foram encaminhados a uma sala de atendimento do próprio serviço e o pesquisador iniciava a coleta de dados através de uma entrevista com roteiro estruturado. As entrevistas foram gravadas em gravador digital de áudio e transcritas posteriormente. Após as coletas, que duraram em média 15 minutos, os participantes receberam informações através do pesquisador sobre HIV/aids e sobre dúvidas suscitadas durante a entrevista, e prosseguiram seus atendimentos do serviço de testagem e aconselhamento.

De análises

Os dados de todas as entrevistas foram agrupados de acordo com as questões de cada dimensão de conhecimento sobre HIV/aids previamente definidas (descrição HIV/aids; história da doença e HIV; formas de contágio e prevenção do HIV; sintomatologia da aids e funcionamento do HIV; tratamento da aids e controle HIV; epidemiologia HIV/aids). Para cada dimensão foram destacadas todas as frases afirmativas que respondiam suas perguntas norteadoras, a partir disso as frases foram agrupadas de acordo com a semelhança de

significado. Então se elaborou uma afirmativa (um item do teste, verdadeiro ou falso) com o significado semelhante ao das frases.

4.2.3 ETAPA 2 – Levantamento itens conhecimento científico

4.2.3.1 Instrumentos

Roteiro de perguntas para construção dos itens de conhecimento científico (RC): Rol de 55 perguntas para caracterização e criação de itens do conhecimento científico em cada uma das seis dimensões definidas (número de perguntas): descrição da HIV e aids (07); história da doença e HIV (05); formas de contágio e prevenção do HIV (18); sintomatologia da aids e funcionamento do HIV (11); tratamento da aids e controle HIV (06); epidemiologia (08). Conforme Apêndice C.

4.2.3.2 Procedimentos

As perguntas do RC foram respondidas através de dados de fontes provenientes do meio científico (artigos, manuais, livros, outros testes sobre HIV/aids). A partir disso, criaram-se itens em formato de afirmativas (verdadeiras ou falsas) que sintetizavam o conteúdo das respostas.

4.2.4 ETAPA 3 – Validação de conteúdo do teste de conhecimento sobre HIV/aids

4.2.4.1 Participantes

Participaram 14 pessoas maiores de 18 anos de idade, cinco homens e nove mulheres, com idades entre 18 a 59 anos. Dentre elas quatro tinham formação superior (duas psicólogas e duas enfermeiras) e trabalhavam a mais de cinco anos na área de DST/aids. Os demais tinham escolaridade variável entre cinco a 12 anos de estudo e não tinham recebido informações específicas sobre HIV/aids, participado de curso ou palestra sobre o assunto.

4.2.4.2 Instrumentos

Questionário prévio teste de conhecimento científico HIV/aids (QP): um questionário auto-aplicável com 83 frases afirmativas sobre HIV/aids provenientes das Etapas 1 e 2 deste Estudo 1, distribuídas em seis dimensões teóricas (descrição HIV/aids; história da doença e HIV; formas de contágio e prevenção do HIV; sintomatologia da aids e

funcionamento do HIV; tratamento da aids e controle HIV; epidemiologia HIV/aids) para que os especialistas julgassem sua adequação ao construto e registrassem sugestões de alterações em itens.

Questionário avaliação semântica teste conhecimento HIV/aids (QS): um questionário auto-aplicável com 85 frases afirmativas sobre HIV/aids distribuídas em seis dimensões teóricas (descrição HIV/aids; história da doença e HIV; formas de contágio e prevenção do HIV; sintomatologia da aids e funcionamento do HIV; tratamento da aids e controle HIV; epidemiologia HIV/aids) para que leigos em HIV/aids avaliassem se entendiam o conteúdo das frases e registrassem palavras que julgassem de difícil entendimento.

4.2.4.3 Procedimentos

Foram realizados os procedimentos éticos descritos na Etapa 1 deste Estudo 1. Inicialmente, aplicou-se o QP de forma individual em quatro profissionais da área de DST/aids, localizados através do CTA de um município de Santa Catarina. A partir das respostas dos especialistas, foram modificados cinco itens que tiveram a redação refeita e criados mais dois itens por sugestão de decomposição de itens com informações duplas. Essa versão com 85 itens (QS) foi aplicada de forma individual em 10 pessoas que buscaram o CTA de um município catarinense para realizarem a testagem para o HIV, nenhuma delas havia recebido orientações, cursos, palestras ou informações específicas sobre HIV/aids e eram maiores de 18 anos de idade. As respostas de todos foram analisadas em conjunto e, a partir delas, dois itens tiveram a redação modificada em função de palavras destacadas como de difícil entendimento.

4.3 RESULTADOS

A partir da Etapa 1 foram criados 24 itens, distribuídos da seguinte forma entre as dimensões do construto: três sobre descrição do HIV/aids (D1); duas sobre a história da doença e HIV (D2); oito sobre as formas de contágio e prevenção do HIV (D3); seis sobre sintomatologia da aids e funcionamento do HIV (D4); quatro sobre tratamento da aids e controle HIV (D5); uma sobre epidemiologia HIV/aids (D6). Os demais itens originaram-se a partir de fontes do meio científico, conforme Etapa 2. A versão final do teste de conhecimento sobre HIV/aids apresentou 85 itens em formato de frases afirmativas em que os respondentes deveriam julgar se as consideravam verdadeiras, falsas ou se não sabiam respondê-las.

Em geral, o teste foi composto por sete itens para a D1, sete para D2, 32 para D3, 26 para D4, oito para D5 e cinco para D6. Todos os itens tiveram seu gabarito assegurado, se verdadeiro ou falso, por fontes científicas publicadas até o momento da elaboração do instrumento. A Tabela 1 abaixo apresenta os itens criados, a origem dos itens, o gabarito das afirmativas (se verdadeiras ou falsas), a fonte asseguradora do gabarito e as dimensões do construto que representam.

A partir dos itens criados pôde-se definir o construto avaliado pelo teste, tal como a habilidade dos indivíduos em responder questões sobre seis dimensões temáticas referentes ao HIV/aids de forma muito semelhante à respondida por especialistas (conhecimento acumulado produzido pela ciência sobre HIV/aids) à época do estudo (ano de 2009). De tal forma que seja possível indicarem através de comportamento observável (marcar com caneta em folha de papel) se consideram tais questões como verdadeiras, falsas ou se não sabe respondê-las. As dimensões avaliam os seguintes aspectos:

D1 – Descrição da aids: habilidade em identificar a aids como uma doença, sua nomenclatura e de seu agente etiológico o HIV, bem como diferenciar o vírus e a doença e reconhecer os subtipos do vírus;

D2 – História da doença e HIV: habilidade em reconhecer a época e local em que se registrou o primeiro caso de aids no mundo, o local provável de origem do HIV, o tempo estimado de existência em humanos e origem biológica do vírus;

D3 – Prevenção e contágio por HIV: habilidade em reconhecer as características biológicas e comportamentais de maior ou menor probabilidade de contágio pelo vírus da aids;

D4 – Sintomatologia aids e funcionamento HIV: habilidade em identificar os sintomas relacionados a síndrome da imunodeficiência, mecanismos básicos de funcionamento do HIV e sua interação com o organismo humano;

D5 – Tratamento aids e controle HIV: habilidade em reconhecer a possibilidade de tratamento da aids e os princípios básicos da terapêutica medicamentosa frente ao HIV;

D6 – Epidemiologia aids: habilidade em identificar a via mais frequente de contaminação no Brasil, as características de vulnerabilidade da população e a situação de casos de aids do país em relação a outros países do mundo.

Tabela 1. Itens do teste de conhecimento científico sobre HIV/aids, origem dos itens, gabarito, fonte do gabarito, dimensão a que o item pertence e número de itens da dimensão.

Itens	Origem	Gabarito	Fonte gabarito	Dimensão	Nº questões
1. A aids é uma doença.	Etapa 1	V	Mann, et al.(1993)	D1	
8. Aids e HIV são a mesma coisa.	Etapa 1		F Lima, Kiffer, Uip, Oliveira e Leite (1996)	D1	
17. HIV é uma sigla que, em português, significa: vírus da imunodeficiência humana.	Etapa 2	V	Mann, et al. (1993)	D1	
23. Existem, pelo menos, dois tipos de HIV: o HIV-1 e o HIV-2.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D1	7
26. HIV é um vírus.	Etapa 1	V	Lima et al. (1996)	D1	
32. A aids é causada pelo vírus conhecido por HIV.	Etapa 2	V	Mann, et al. (1993)	D1	
59. Aids é uma sigla que, em português, significa: síndrome da imunodeficiência adquirida.	Etapa 2	V	Mann, et al. (1993)	D1	
3. O primeiro caso de aids registrado no mundo foi nos Estados Unidos.	Etapa 2	V	Mann, et al. (1993)	D2	
7. O vírus da aids já existe no mundo há mais de 50 anos.	Etapa 2	V	Worobey et al. (2008)	D2	
24. Acredita-se que o HIV originou-se no continente americano.	Etapa 1		F Mann, et al. (1993)	D2	
29. O primeiro caso registrado de aids no mundo foi em 1981.	Etapa 2	V	Mann, et al. (1993)	D2	7
35. Acredita-se que o HIV surgiu a partir de um vírus de macacos africanos.	Etapa 1	V	Pinto & Struchiner (2006)	D2	
43. Foi no ano 1983 que identificaram o vírus que causa a aids.	Etapa 2	V	Mann, et al. (1993)	D2	
73. Acredita-se que o HIV originou-se a partir de um outro vírus: o SIV (vírus da imunodeficiência símia).	Etapa 2	V	Pinto & Struchiner (2006)	D2	

4. Uma mulher com HIV não pode transmitir o vírus para um homem, através de uma relação sexual com penetração (vagina-pênis).	Etapa 1	F	Lima et al. (1996)	D3	32
10. Lavar as regiões genitais após uma relação sexual evita a contaminação pelo vírus da aids.	Etapa 1	F	Lima et al. (1996)	D3	
13. Se uma gota de sangue contaminado com HIV cair sobre mucosas como as dos olhos, boca, pênis ou vagina de uma pessoa, essa pessoa pode ser infectada pelo vírus da aids.	Etapa 2	V	Ministério da Saúde (2004)	D3	
16. Se um inseto picar uma pessoa que tenha HIV e depois picar alguém que não tenha, poderá infectar essa pessoa.	Etapa 2	F	Lima et al. (1996)	D3	
21. Em uma relação sexual entre homem e mulher (pênis-vagina), caso algum deles tenha o HIV, é mais fácil a mulher ser contaminada do que o homem.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D3	
28. Existem pessoas que têm contato sanguíneo ou sexual com HIV, mas não se contaminam.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D3	
31. Se um objeto que entrou em contato com o sangue de uma pessoa com aids for esterilizado, ele não será capaz de transmitir o HIV.	Etapa 2	V	Ministério da Saúde (2004)	D3	
33. Homens circuncidados (aqueles que retiraram parte da pele que cobre a glande do pênis) têm menos chance de se contaminarem por HIV através do sexo.	Etapa 2	V	Newell et al. (2007)	D3	
36. O vírus da aids pode ser transmitido através do leite materno.	Etapa 2	V	Mann, et al. (1993)	D3	
39. O uso de agulhas e seringas descartáveis é uma forma de evitar o contágio por HIV.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D3	
41. Há registros de casos de contaminação do HIV pela saliva, através de um beijo.	Etapa 1	F	Lima et al. (1996)	D3	

44. Se um homem que tenha o HIV fizer sexo com penetração sem preservativo com alguém, mas ejacular fora da vagina, anus ou boca não há possibilidade dele transmitir o vírus.	Etapa 1	F	Lima et al. (1996)	D3
48. O uso do preservativo (camisinha masculina ou feminina) é uma forma de se prevenir do contágio pelo vírus da aids.	Etapa 1	V	Lima et al. (1996)	D3
50. Se sangue com HIV cair sobre a pele intacta (sem cortes, feridas, aberturas) de uma pessoa, isso poderá contaminá-la.	Etapa 2	F	Ministério da Saúde (2004)	D3
52. Uma mulher grávida e portadora do HIV pode transmitir o vírus para seu bebê.	Etapa 2	V	Mann, et al. (1993)	D3
55. Se uma pessoa portadora do HIV tiver relação sexual com penetração (seja oral, vaginal, anal) com alguém que não tenha o vírus, certamente transmitirá o vírus para essa pessoa.	Etapa 2	F	Lima et al. (1996)	D3
58. O HIV pode ser transmitido através de abraços.	Etapa 1	F	Lima et al. (1996)	D3
60. O vírus da aids pode ser transmitido da mulher grávida para seu bebê, durante a gestação.	Etapa 2	V	Mann, et al. (1993)	D3
61. Se uma pessoa teve contato sanguíneo com o HIV, nada pode ser feito para evitar que ela se torne portadora do vírus.	Etapa 2	F	Ministério da Saúde (2004)	D3
62. O vírus da aids pode ser transmitido através de relação sexual com penetração, seja vaginal, oral ou anal.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D3
65. O HIV pode ser transmitido pelo suor.	Etapa 2	F	Lima et al. (1996)	D3
69. Pode-se contrair o vírus da aids através de uma relação sexual oral (pênis/vagina/anus - boca/lingua).	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D3
70. No momento que uma pessoa com HIV morre, o vírus no seu sangue torna-se inativo (incapaz de ser transmitido).	Etapa 2	F	Lima et al. (1996)	D3

71. Houve casos de contaminação pelo vírus da aids através da doação de sangue, em serviços de doação.	Etapa 1	F	Lima et al. (1996)	D3	
75. Se alguém com HIV se cortar com um aparelho de barbear e no minuto seguinte uma pessoa usar o mesmo aparelho e também se cortar com ele, existe possibilidade dessa pessoa ser infectada pelo vírus da aids.	Etapa 2	V	Ministério da Saúde (2004)	D3	
77. Se uma mulher que tem o vírus da aids engravidar, certamente seu bebê nascerá com o vírus.	Etapa 1	F	Lima et al. (1996)	D3	
79. Uma transfusão de sangue pode transmitir o vírus da aids.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D3	
81. Desinfetantes como álcool, água oxigenada e hipoclorito de sódio (água sanitária) são capazes de destruir o vírus da aids presente em objetos.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D3	
82. Se um bebê nasceu com HIV, certamente seu pai também tem o vírus.	Etapa 2	F	Lima et al. (1996)	D3	
83. Uma pessoa só transmite o HIV se ela estiver doente de aids.	Etapa 2	F	Lima et al. (1996)	D3	
84. Se duas pessoas virgens fizerem sexo com penetração (seja vaginal, anal ou oral), não existe a possibilidade de haver contaminação por HIV entre elas.	Etapa 2	F	Lima et al. (1996)	D3	
85. Uma pessoa que já tenha o vírus da aids não pode ser contaminada novamente.	Etapa 2	F	Lima et al. (1996)	D3	
6. É possível dizer se uma pessoa é portadora do vírus da aids ao olhar para ela.	Etapa 1	F	Lima et al. (1996)	D4	26
9. Já foi encontrado HIV na urina de pessoas com aids.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4	
11. A aids é uma doença com vários sintomas.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4	
12. Pode existir HIV no sêmen de um homem portador do	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4	

vírus da aids.

15. Geralmente os sintomas iniciais da aids são: febre, calafrios, dor de cabeça, dor de garganta, dores musculares, manchas na pele, aparecimento de ínguas.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4
18. Pode existir HIV nas secreções vaginais de uma mulher portadora do vírus da aids.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4
20. Se uma pessoa se contaminar com o vírus da aids hoje, pode levar até três meses para produzir antígenos suficientes para acusar a contaminação nos exames mais comuns de laboratório.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4
22. Se uma pessoa tem o vírus da aids, certamente ela tem manchas vermelhas na pele.	Etapa 1	F	Lima et al. (1996)	D4
27. Pode existir HIV no sangue de uma pessoa portadora do vírus da aids.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4
37. É possível o HIV permanecer ativo (com capacidade de contaminar) por até 15 dias, fora do corpo humano.	Etapa 2	F	Lima et al. (1996)	D4
40. Uma pessoa com aids pode apresentar emagrecimento rápido.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4
42. Nosso organismo consegue produzir anticorpos (defesas) contra o vírus da aids.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4
46. Se uma pessoa se contaminasse com o vírus da aids hoje, somente daqui há três meses ela seria capaz de transmiti-lo a outra pessoa.	Etapa 2	F	Lima et al. (1996)	D4
49. Não há possibilidade de existir HIV no leite materno de uma mulher portadora do vírus da aids.	Etapa 2	F	Mann, et al. (1993)	D4
51. Uma pessoa com aids certamente está mais vulnerável a outras doenças.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4

53. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids e ficar por até 10 anos sem manifestar sintomas relacionados à doença.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4	
56. No período entre 5 a 90 dias após a infecção pelo vírus da aids, a maioria das pessoas apresenta sintomas parecidos com o de uma gripe.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4	
57. A aids pode levar a morte.	Etapa 1	V	Mann, et al. (1993)	D4	
64. Não há possibilidade de existir HIV na saliva de uma pessoa com aids.	Etapa 2	F	Lima et al. (1996)	D4	
66. Se uma pessoa tem o HIV, certamente ela será muito magra.	Etapa 1	F	Lima et al. (1996)	D4	
68. O vírus da aids precisa das células humanas para se multiplicar.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4	
72. As principais células que o HIV infecta são as que constituem o sistema imunológico (sistema de defesa do organismo).	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4	
74. Se uma pessoa tem o vírus da aids, certamente ela terá corrimento ou feridas na região genital (pênis, vagina ou anus).	Etapa 1	F	Lima et al. (1996)	D4	
76. Com o passar do tempo o vírus da aids causa a destruição do sistema imunológico, na maioria das pessoas.	Etapa 1	V	Lima et al. (1996)	D4	
78. Uma pessoa só pode ter aids se for portadora do HIV.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4	
80. As células humanas mais atingidas pelo HIV são os linfócitos T.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D4	
5. O tratamento para a aids contribui para a recuperação do sistema imunológico da pessoa doente.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D5	8
14. Os medicamentos para tratamento da aids destroem o	Etapa 2	F	Lima et al. (1996)	D5	_____

HIV.

19. Os remédios para aids inibem a multiplicação do HIV no organismo.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D5
34. A aids tem tratamento.	Etapa 1	V	Lima et al. (1996)	D5
38. A aids não tem cura.	Etapa 1	V	Lima et al. (1996)	D5
45. De maneira geral, os medicamentos usados no tratamento da aids aumentam o tempo de vida das pessoas com a doença.	Etapa 2	V	Lima et al. (1996)	D5
54. Hoje em dia, há vacinas disponíveis nos serviços de saúde para as pessoas que desejam se proteger do vírus da aids.	Etapa 1	F	Ministério da Saúde (2008)	D5
63. Assim que uma pessoa descobrir que é portadora do HIV, deve começar a tomar os medicamentos para aids.	Etapa 1	F	Lima et al. (1996)	D5
2. Atualmente, no Brasil, a via mais frequente de contaminação pelo HIV é a relação sexual homem com homem.	Etapa 2	F	Ministério da Saúde (2008a)	D6
25. O Brasil é um dos países com menor número de casos de aids no mundo.	Etapa 2	F	WHO (2008)	D6
30. Hoje em dia, o maior número de casos de aids no Brasil está entre as mulheres.	Etapa 2	F	Ministério da Saúde (2008a)	D6
47. O número de pessoas com aids no Brasil diminuiu, nos últimos 3 anos.	Etapa 2	F	Ministério da Saúde (2008a)	D6
67. Atualmente, o maior número de casos de aids no Brasil está entre as pessoas com mais de 50 anos de idade.	Etapa 1	F	Ministério da Saúde (2008a)	D6

5. ESTUDO 2 – Relações entre conhecimento de senso comum e conhecimento científico sobre HIV/aids.

5.1 OBJETIVOS

5.1.1 Objetivo Geral: verificar relações entre elementos da representação social da aids e níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids para pessoas maiores de 18 anos de idade.

5.1.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar a representação social da aids para os participantes;
- Caracterizar os níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids para os participantes;
- Caracterizar a representação social da aids para os participantes com níveis de conhecimento científico abaixo e acima da média.

5.2 MÉTODO

5.2.1 Caracterização da pesquisa

Em um primeiro momento a pesquisa foi exploratória e descritiva (Sampiere et al., 1994), caracterizou as representações sociais da aids e o nível de conhecimento sobre HIV/aids dos participantes. Depois se mostrou como correlacional (Sampiere et al., 1994), verificou as relações entre os elementos constituintes das representações sociais e os níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids.

5.2.2 Participantes

Participaram da pesquisa 480 pessoas (amostra de conveniência) com idades variáveis entre 18 a 63 anos ($M = 25,44$ anos; $DP = 8,25$ anos), 67,7% eram mulheres ($n = 325$ mulheres). Do total de participantes, 65,2% declararam possuir uma fonte de renda mensal, que variou entre R\$ 250,00 a R\$ 12.000,00, a média de rendimentos mensais foi de R\$ 1.470,63 ($DP = R\$ 1.334,84$). Sobre a situação conjugal, 75% declararam-se solteiros (dentre esses 56% namoravam), 22,3% casados ou em união estável e 2,7% separados ou divorciados.

Quanto à escolaridade, 20% dos participantes tinham de nove a 11 anos de estudo (estudantes do ensino médio), 55,8% de 12 a 15 anos de estudo (estudantes de curso superior) e 24,2% mais de 15 anos de estudo (estudantes de pós-graduação). Dos participantes de 12 a 15 anos de estudos, 51,7% eram estudantes de cursos de graduação de áreas não relacionadas à saúde, como: administração, ciências contábeis, direito, pedagogia e publicidade; outros 48,3% eram estudantes de cursos de graduação ligados à área da saúde, tais quais: enfermagem, farmácia, medicina e nutrição. Dos participantes com mais de 15 anos de estudos, 53% eram graduados em cursos não ligados à área da saúde, como: administração, arquitetura, comércio exterior, ciências contábeis, design gráfico, economia, hotelaria e turismo, letras, pedagogia, processamento de dados, publicidade e propaganda e secretariado executivo; os outros 47% dos participantes eram graduados em cursos relacionados à área da saúde, a saber: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina e psicologia.

5.2.3 Instrumentos

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário auto-aplicável de respostas abertas e fechadas (Apêndice D), com 95 questões divididas em três blocos: (a) sociodemográficas (oito

questões), (b) representação social (duas questões) e (c) conhecimento científico (85 itens).

a) *Sociodemográficas*: oito perguntas sobre sexo (masculino ou feminino), idade (em anos), escolaridade (ensino médio, graduação ou pós-graduação), curso que frequenta, profissão ou ocupação, o valor dos rendimentos mensais (em Reais), estado civil e namora ou não;

b) *Representações sociais*: uma pergunta de evocação livre sobre representação social da aids em que os participantes deveriam citar as cinco primeiras palavras que lembrassem a partir do termo indutor aids; e uma pergunta em que os participantes deveriam escolher duas palavras consideradas as mais importantes entre as cinco citadas na primeira questão;

c) *Teste de conhecimento científico sobre HIV/aids*: um conjunto de 85 itens ($KR-20 = 0,89$; observações sobre esse índice estão descritas na seção análises) apresentados em forma de frases afirmativas em que os participantes deveriam julgar se as consideravam verdadeiras, falsas ou se não sabiam respondê-las. Conforme construção realizada no Estudo 1 dessa pesquisa. Os itens estavam dispostos em seis dimensões, tais como: sete itens sobre descrição da aids ($KR-20 = 0,51$), sete a respeito da história da doença ($KR-20 = 0,48$), 32 referentes às formas de contágio e prevenção do HIV ($KR-20 = 0,76$), 26 sobre sintomatologia da aids e funcionamento do HIV ($KR-20 = 0,78$), oito relativas ao tratamento da aids e controle do HIV ($KR-20 = 0,43$) e cinco sobre epidemiologia da aids ($KR-20 = 0,43$).

5.2.4 Procedimentos

Éticos

Seguiram-se os mesmos procedimentos éticos já descritos no Estudo 1 dessa pesquisa. Antes da coleta de dados os participantes foram informados sobre os objetivos e fins da pesquisa, a anonimidade, a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas, bem como da possibilidade de desistirem em qualquer momento que desejassem. Também receberam o termo de consentimento livre esclarecido, conforme Apêndice E, contendo informações sobre a pesquisa e assinavam se consentiam em participar.

De coleta

Os participantes foram localizados através de quatro instituições de ensino de Santa Catarina, uma de ensino médio para jovens e adultos, uma de ensino de graduação, uma de pós-graduação e uma de graduação e pós-graduação. Após contato com responsáveis pelas instituições,

agendaram-se as aplicações coletivas por turmas, durante os horários e nos próprios locais onde os participantes tinham aulas. As coletas, realizadas pelo pesquisador e ajudante, duraram em média 25 minutos para cada turma, foram precedidas, além das considerações éticas, por instruções sobre como responder o questionário: atentar para leitura dos enunciados, responder conforme a ordem que as questões apareciam, responder individualmente, não deixar itens sem resposta. Após a coleta de dados nas turmas de ensino médio para jovens e adultos, procedeu-se uma orientação sobre formas de contágio e prevenção ao HIV, conforme solicitação da instituição.

De análises

Os dados foram analisados em conjunto através de cálculos descritivos e inferenciais. As respostas sociodemográficas tiveram suas frequências, médias e desvios padrões calculados para descrever os participantes e foram relacionadas entre si através de correlação de *Pearson*, teste qui-quadrado, teste t de *Student*, ANOVA *one-way*. Além disso, serviram como variáveis preditoras nas análises dos níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids. A escolaridade foi classificada em três grupos correspondentes aos anos de estudo que os participantes possuíam: nove a 11 anos de estudos, 12 a 15 anos de estudos e mais de 15 anos de estudos. A profissão e/ou o curso que frequentavam permitiu agrupar os participantes em dois grupos: relacionado à área da saúde, não relacionado à área da saúde.

As palavras oriundas da questão sobre a representação social da aids tiveram suas frequências de evocação calculadas; em seguida, elas foram agrupadas de acordo com a semelhança de significado (a partir da avaliação de dois juízes) e formaram-se categorias, todas as palavras com mais de cinco evocações integraram uma categoria, de forma que mais de 90% do total de evocações foi contabilizado. Então se calculou a frequência de participantes que citaram cada categoria, ou frequência de evocação única de cada categoria, e através da ordem de evocação (variável de primeira a quinta categoria citada), as médias e desvios padrões de prontidão de evocação de cada uma. Para a prontidão de evocação estipulou-se que quando citada em primeira ordem atribuiu-se cinco pontos; em segunda ordem, quatro pontos; em terceira, três pontos; em quarta, dois pontos; em quinta, um ponto; não citada a categoria, zero pontos e não se computava o participante no cálculo da média; casos em que a categoria foi citada em mais de uma ordem, computou-se a de maior pontuação. Foram testadas associações entre frequência de participantes que evocaram as categorias e as variáveis

sociodemográficas sexo, escolaridade e grupo saúde/não-saúde através de teste qui-quadrado e exato de *Fisher*, e as diferenças entre médias de prontidão de evocação através do teste t de *Student* e ANOVA *one-way*.

A partir das categorias, a fim de definir a frequência de corte para os gráficos de quadrantes da representação social da aids, calculou-se a média da frequência de evocação única por categoria, sendo a soma das frequências de evocação única de cada categoria dividida pelo número de categorias. Também se calculou a média da prontidão de evocação para as categorias, com a soma das médias de todas as categorias dividida pelo número de categorias. Seguiu-se o mesmo procedimento para as palavras (entre as cinco citadas) marcadas como as mais importantes pelos participantes.

Através do teste de conhecimento calcularam-se os escores de acertos geral (de 0 a 85 pontos) e para cada uma das seis dimensões, de forma que a cada resposta correta atribuíam-se um (1) ponto; às respostas erradas, àquelas que eles assinalavam que não sabiam responder e às em branco atribuíam-se zero (0) ponto. A partir desses escores, calcularam-se as médias e desvios padrões de acertos geral e para as dimensões do teste. A confiabilidade do teste foi examinada através dos índices *Kuder-Richardson-20* para o conjunto total de itens do teste e para os itens as dimensões (*KR-20*: apresentados na seção instrumentos). O índice *KR-20* é de interpretação semelhante ao alfa de *Cronbach* (considerado satisfatório acima de 0,70; conforme *Cronbach*, 1951), mas próprio para variáveis dicotômicas, como é o caso dos itens sobre conhecimento, que terão as respostas avaliadas como certo ou errado (*Kuder & Richardson*, 1937).

Para cada dimensão do teste também se calculou uma proporção de acerto para cada dimensão, sendo o número de acertos dividido pelo número de itens da dimensão (variável de 0 a 1) e verificou-se diferenças entre médias de acertos nas dimensões através do teste ANOVA para medidas repetidas. As relações entre os níveis de conhecimento científico geral sobre HIV/aids e as variáveis sociodemográficas foram verificadas através de correlações de *Pearson* para idade e renda mensal; teste t de *Student* para grupos formados a partir do sexo dos participantes e área de atuação (saúde, não saúde); ANOVA *one-way* para grupos formados a partir da escolaridade; ANOVA 2X3 para interação entre áreas de atuação e escolaridade.

Para testar possíveis relações entre as representações sociais da aids dos participantes com escores diferentes no teste, dividiu-se a amostra em dois grupos: acima e abaixo da média do escore geral de conhecimento sobre HIV/aids. As representações sociais da aids foram

caracterizadas para os dois grupos através do cálculo das frequências de evocação única e das médias e desvios padrões de prontidão de evocação das categorias. Foram testadas associações entre frequência de evocação única das categorias e os grupos constituídos a partir dos níveis de conhecimento científico através de teste qui-quadrado, e as diferenças entre médias de prontidão de evocação através do teste t de *Student*.

A fim de examinar se as variáveis sociodemográficas e as evocações das categorias da representação social da aids poderiam prever o conhecimento científico, realizou-se uma regressão linear múltipla (*stepwise*) (Abbad & Torres, 2002). Incluíram-se como variáveis independentes as sociodemográficas idade, renda, sexo masculino (*dummy* – 0 para feminino e 1 para masculino), escolaridade - mais de 15 anos de estudos (*dummy* – 0 para nove a 11 anos de estudos e para 12 a 15 anos de estudos e 1 para mais de 15 anos de estudos) e escolaridade - 12 a 15 anos de estudos (*dummy* – 0 para nove a 11 anos de estudos e para mais de 15 anos de estudos e 1 para 12 a 15 anos de estudos), também foi incluída como variável independente o grupo saúde (*dummy* – 0 para não-saúde e 1 para saúde) e as 28 categorias criadas a partir das evocações dos participantes (variável *dummy* – 0 para não citou e 1 para citou a categoria): doença, morte, preservativo, sexo, prevenção, sofrimento, preconceito, cuidados, transmissão, medo, descuido, tratamento, conscientização, sem cura, grupo de risco, vírus, drogas, dst, imunidade, perigo, sangue, apoio, superação, vida, sintomas, grave, problema e saúde. A variável dependente foi o escore geral de conhecimento científico sobre HIV/aids.

5.3 RESULTADOS

5.3.1 Variáveis sociodemográficas

A média de idade dos participantes foi equivalente entre os sexos [$t(478) = 0,38$; $p = 0,70$], a renda mensal também não se mostrou diferente entre homens e mulheres [$t(311) = 0,91$; $p = 0,36$]. Já o nível de escolaridade associou-se ao sexo dos participantes [$X^2(2, N = 480) = 9,41$; $p < 0,01$], de forma que 55,2% dos participantes com nove a 11 anos de estudos eram mulheres, 69,4% dos que tinham de 12 a 15 anos de estudos eram mulheres e 74,1% dos que tinham 16 ou mais anos de estudos também eram do sexo feminino.

As médias de idades dos participantes com diferentes níveis de escolaridade mostraram-se diferentes, os mais velhos tinham mais de 15 anos de estudos ($M = 31,38$ anos; $DP = 7,73$ anos), os mais novos tinham de 12 a 15 anos de estudos ($M = 22,05$ anos; $DP = 5,08$ anos), já os com nove a 11 anos de estudo tinham em média 27,71 anos ($DP = 10,83$ anos) [$F(2) = 73,31$; $p < 0,01$]. As idades também se correlacionaram positivamente com as rendas mensais ($r = 0,53$; $p < 0,01$). Além disso, a renda mensal média daqueles com mais de 15 anos de estudos ($M = R\$ 2.505,57$; $DP = R\$ 1.824,43$) diferenciou-se daqueles com 12 a 15 anos de estudos ($M = R\$ 1.042,45$; $DP = R\$ 543,74$) e com nove a 11 anos de estudos ($M = R\$ 847,35$; $DP = R\$ 612,60$) [$F(2) = 62,13$; $p < 0,01$].

Ao se considerar os grupos formados pelos participantes ligados à área da saúde e os não ligados à área da saúde constatou-se associação entre os grupos e o sexo dos participantes [$X^2(1, N = 477) = 23,52$; $p < 0,01$], de maneira que o grupo da saúde foi formado em 80,9% por mulheres enquanto o não-saúde por 59,5% mulheres. De forma semelhante, os grupos associaram-se à escolaridade dos participantes [$X^2(2, N = 477) = 73,90$; $p < 0,01$], tendo em vista que 32,3% do grupo não saúde foi formado por participantes com nove a 11 anos de estudos, 46,9% por indivíduos com 12 a 15 anos de estudos e 20,7% por participantes com mais de 15 anos de estudos; o grupo da saúde constituído em 70,5% por pessoas com 12 a 15 anos de estudos e em 29,5% por participantes com mais de 15 anos de estudos. No entanto, as médias de idades dos participantes nos dois grupos não se diferenciaram [$t(430,83) = 1,32$; $p = 0,19$].

5.3.2 Representações sociais

Com relação às evocações, obteve-se um total de 2377 ocorrências distribuídas entre 384 palavras diferentes. A partir do agrupamento de palavras com significados semelhantes, foram elaboradas 28 categorias que abarcaram 90,35% do total de evocações. A Tabela 2 apresenta as categorias elaboradas e seus totais de evocações, as palavras que compõem cada categoria e a frequência de evocação de cada palavra. As categorias, com exceção de sofrimento (que se refere ao sofrimento físico ou psicológico provocado pela aids), preservativo (que significa o mesmo que camisinha), grupo de risco (que apresenta evocações referentes a pessoas ou grupos contaminados pelo HIV desde o início da epidemia e estereótipos de pessoas contaminadas), apoio (que mostra palavras ligadas ao auxílio às pessoas com aids), imunidade (que exalta evocações sobre os efeitos do HIV sobre o sistema imunológico) e sintomas (que traz à tona citações sobre os sintomas da aids), receberam o mesmo nome da palavra componente da categoria com maior frequência de evocação. Assim, as demais palavras que integram as categorias possuem, segundo dois juízes, significado semelhante àquelas que nomeiam as categorias.

Tabela 2. Categorias elaboradas, palavras que compõem a categoria e frequência de evocação.

Categorias e total de evocações	Palavras	Frequência
Doença 211 evocações	doença	204
	enfermidade	3
	síndrome	2
	síndrome_de_doenças	1
	síndrome_imunodeficiência	1
Sofrimento 178 evocações	abalo_psicológico	1
	agonia	2
	angústia	11
	arrepentimento	5
	culpa	2
	depressão	6
	desespero	8
	desilusão	1
	dor	26
	infelicidade	4
pesar	1	

	peso_na_consciência	1
	sofrimento	52
	tristeza	58
Morte 173 evocações	até_a_morte	1
	fatal	1
	fatalidade	1
	fim	1
	fim_dos_dias	1
	fim_dos_tempos	1
	final	1
	letal	1
	leva_à_morte	2
	mata	4
	mata_lentamente	1
	morte	154
	sem_volta	2
	suicídio	1
vida_no_fim	1	
Preservativo 150 evocações	camisinha	95
	preservativo	46
	proteção	8
	sem_proteção	1
Preconceito 142 evocações	abandono	1
	discriminação	16
	evitar_preconceitos	1
	exclusão	2
	exclusão_social	2
	isolamento	6
	preconceito	100
	rejeição	3
sem_preconceito	1	
Sexo 140 evocações	solidão	10
	relação_sexual	6
	sexo	115
	sexo_inseguro	7
	sexo_responsável	1
	sexo_seguro	7
	sexo_sem_camisinha	2

	sexualmente	2
Prevenção 129 evocações	falta_de_prevenção	4
	preservação	2
	prevenção	122
	programa_de_prevenção	1
Cuidados 127 evocações	alerta	2
	atenção	11
	autocuidado	2
	auto_proteção	1
	cuidado	76
	falta_de_atenção	1
	precaução	3
	preocupação	16
	prudência	1
respeitar_a_si	1	
responsabilidade	12	
sempre_alerta	1	
Transmissão 107 evocações	compartilhar_seringa	1
	contaminação	38
	disseminação	2
	epidemia	3
	herdada_e_transfusão	1
	infecção	2
	pandemia	1
transmissão	59	
Descuido 93 evocações	descuido	39
	falha	1
	imprudência	3
	descaso	2
	desleixo	1
	despreocupação	2
	irresponsabilidade	32
	burrice	6
	idiotice	2
	inconseqüência	4
vacilo	1	
Medo 90 evocações	medo	85
	pavor	2

	receio	1
	susto	2
Tratamento 83 evocações	antiretrovirais	1
	azt	2
	coquetel	15
	efeito_colateral	1
	exames_rotineiros	1
	hospital	2
	medicamento	4
	médicos	2
	remédios	15
	retroviral	2
	tratamento	38
Conscientização 81 evocações	aprendizado	1
	campanha_publicitária	1
	campanhas	1
	conhecimento	7
	conscientização	21
	conversar	1
	debater_assuntos	1
	desconhecimento	10
	desinformação	4
	educação	1
	esclarecimento	1
	falta_de_consciência	2
	falta_de_comunicação	4
	falta_de_orientação	1
	ignorância	3
	informação	15
	ler_mais_sobre	1
mais_divulgação	1	
mau_informado	1	
orientação	2	
orientar_filhos	1	
	saber_sobre_doença	1
Sem cura 63 evocações	busca_da_cura	1
	caminho_sem_volta	1
	crônica	10

	cura	11
	incurável	6
	irreversível	2
	sem_cura	32
	classe_social	1
	crianças_contaminadas	1
	drogado	2
	gay	4
	grupos_de_risco	4
	hemofilia	1
	homem	1
	homossexualidade	7
	idoso	1
	itajaí	1
	mendigo	1
Grupo de risco	mulher	1
51 evocações	peessoa_suja	1
	peessoas_com_aids	1
	porto	1
	promiscuidade	10
	prostituição	4
	prostituta	2
	puta	1
	tuberculosos	1
	usuário_de_drogas	2
	viado	1
	vítimas_sociedade	1
	soro_positivo	1
Vírus	hiv	8
42 evocações	vírus	32
	vírus_hiv	2
	álcool	1
	dependência_química	1
Drogas	drogas	34
41 evocações	não_injetar_drogas	1
	não_usar_drogas	1
	tráfico	2
	vício	1

	agulha	2
	sangue	19
Sangue	seringa	6
37 evocações	seringa_descartável	1
	transfusão_sanguinea	1
	transfusão	8
DST	dst	35
36 evocações	venérea	1
	ajuda	7
	amizades	2
	amor	7
	apego	1
Apoio	apoio_família_e_governo	1
33 evocações	apoio_portador	1
	auxílio	1
	carinho	3
	compaixão	1
	família	5
	solidariedade	4
	baixa_imunidade	4
Imunidade	imunidade	8
33 evocações	imunidade_baixa	16
	linfócito	3
	sistema_imunológico	2
Perigo	risco	7
31 evocações	perigo	24
	coragem	1
	esperança	6
	fé	1
Superação	força_de_vontade	1
28 evocações	perseverança	2
	qualidade_de_vida	4
	renovação	1
	superação	12
	outra_vida	1
Vida	pouca_vida	1
22 evocações	resto_da_vida	1
	sobrevida	1

	valor_a_vida	1
	vida	13
	vida_não_acabou	1
	vida_normal	2
	viver	1
Sintomas 21 evocações	baixo_peso	1
	definhamento	1
	degenerativa	1
	fragilidade	3
	fraqueza	5
	ficar doente	1
	magreza	5
	patologias_futuras	1
	perda_de_peso	1
	sintomas	2
Grave 17 evocações	ruim	1
	perversa	1
	mal	1
	mal_que_prejudica	1
	lastimável	1
	cruel	1
	grave	8
	impiedosa	1
	desagradável	1
agressiva	1	
Problema 14 evocações	difícil_lidar	1
	dificuldade	3
	problema	9
	complicações	1
Saúde 10 evocações	saúde	9
	saúde_debilitada	1

Contabilizou-se a frequência de pessoas que evocaram cada uma das categorias (frequência de evocação única) e sua respectiva média de prontidão de evocação, como mostra a Tabela 3. Também se calculou a média da frequência de evocação única (*Mfe*) de todas as categorias que foi de 71,71 participantes e a média de prontidão de evocação (*Mpe*) para todas as categorias que foi de 3,00 pontos.

Tabela 3. Categorias elaboradas, frequência de participantes que as citaram e média de prontidão de evocação.

Categorias	Frequência de participantes	Média de prontidão
Doença	208	4,25 (DP = 1,16)
Morte	168	2,93 (DP = 1,43)
Preservativo	146	3,08 (DP = 1,24)
Sexo	140	3,28 (DP = 1,28)
Prevenção	128	3,38 (DP = 1,48)
Sufrimento	128	3,05 (DP = 1,40)
Preconceito	127	2,72 (DP = 1,41)
Cuidados	104	2,94 (DP = 1,41)
Transmissão	100	3,42 (DP = 1,33)
Medo	86	3,08 (DP = 1,55)
Descuido	78	3,13 (DP = 1,22)
Tratamento	78	2,18 (DP = 1,18)
Conscientização	71	2,56 (DP = 1,33)
Sem cura	62	2,82 (DP = 1,44)
Grupo de risco	43	2,74 (DP = 1,16)
Vírus	41	3,68 (DP = 1,35)
Drogas	39	2,59 (DP = 1,12)
Dst	36	4,08 (DP = 1,27)
Imunidade	31	3,13 (DP = 1,28)
Perigo	31	2,87 (DP = 1,43)
Sangue	29	2,52 (DP = 0,99)
Apoio	27	2,40 (DP = 1,19)
Superação	26	2,04 (DP = 1,04)
Vida	22	2,23 (DP = 1,38)
Sintomas	20	3,10 (DP = 1,17)
Grave	15	3,60 (DP = 1,24)
Problema	14	2,78 (DP = 1,31)
Saúde	10	3,50 (DP = 1,08)

Observou-se que as categorias doença, transmissão, prevenção, sexo, descuido, preservativo, medo e sofrimento obtiveram frequência de evocação única e prontidão de evocação superiores às médias (elementos do núcleo central da representação social). As categorias morte, cuidados, preconceito, conscientização e tratamento tiveram frequência superior à média, porém foram menos prontamente evocadas (elementos intermediários da representação social). As categorias dst, vírus, grave, saúde, imunidade e sintomas apresentaram frequência inferior à média, mas prontidão de evocação superior (elementos intermediários da representação social). Já as categorias perigo, sem cura, problema, pessoas, drogas, sangue, apoio, vida e superação mostraram frequência e

média de prontidão inferiores à média (elementos periféricos da representação social). A Figura 1 ilustra tais observações. A partir da questão sobre a escolha das duas palavras mais importantes entre as evocadas pelos participantes, constatou-se que duas tiveram frequência de evocação única superiores à média: prevenção e preservativo.

<i>Mfe > 71, Mpe > 3</i>			<i>Mfe > 71, Mpe < 3</i>		
	<i>fp</i>	<i>Mp</i>		<i>fp</i>	<i>Mp</i>
doença	208	4,25	morte	168	2,93
transmissão	100	3,42	cuidados	104	2,94
prevenção*	128	3,38	preconceito	127	2,72
sexo	140	3,28	conscientização	71	2,56
descuido	78	3,13	tratamento	78	2,18
preservativo*	146	3,08			
medo	86	3,08			
sofrimento	128	3,05			
<i>Mfe < 71, Mpe > 3</i>			<i>Mfe < 71, Mpe < 3</i>		
	<i>fp</i>	<i>Mp</i>		<i>fp</i>	<i>Mp</i>
dst	36	4,08	perigo	31	2,87
vírus	41	3,68	sem cura	62	2,82
grave	15	3,6	problema	14	2,79
saúde	10	3,5	grupo de risco	43	2,74
imunidade	31	3,13	drogas	39	2,59
sintomas	20	3,1	sangue	29	2,52
			apoio	27	2,41
			vida	22	2,23
			superação	26	2,04
* Consideradas as mais importantes.					

Figura 1. Quadrantes RS da aids para todos os participantes.

Quando comparadas as frequências de evocações únicas entre os participantes do sexo masculino e feminino, verificou-se que quatro categorias associaram-se ao sexo: transmissão [$X^2(1, N = 480) = 7,37; p < 0,01$]; medo [$X^2(1, N = 480) = 7,52; p < 0,01$]; grupo de risco [$X^2(1, N$

= 480) = 11,92; $p < 0,01$]; sangue [$X^2(1, N = 480) = 5,33; p < 0,05$]. Transmissão foi citada por 24,3% das mulheres, contra 13,5% dos homens. Medo por 21,2% das mulheres e 11% dos homens. Já a categoria grupo de risco foi evocada por 15,5% dos homens, enquanto 5,8% das mulheres a evocou. E a categoria sangue 9,7% dos homens a citou e 4,3% das mulheres. A Figura 2 ilustra as associações.

Quanto à prontidão de evocação a categoria sexo diferenciou-se entre homens ($M = 3,67$ pontos; $DP = 1,25$ pontos) e mulheres ($M = 3,05$ pontos; $DP = 1,24$ pontos) [$t(138) = 2,89; p < 0,01$].

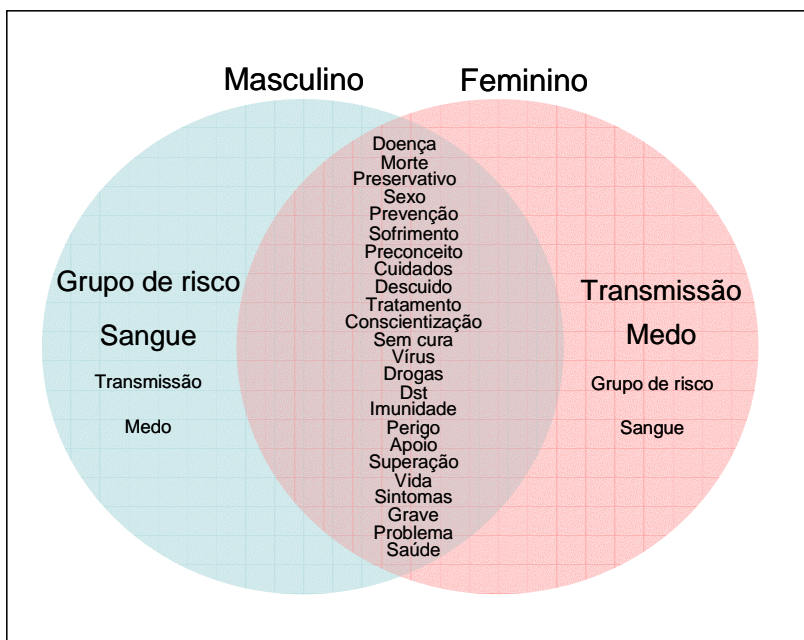


Figura 2. Associações entre categorias RS da aids e sexo dos participantes.

A escolaridade dos participantes associou-se às categorias sofrimento [$X^2(2, N = 480) = 10,11; p < 0,01$]; preconceito [$X^2(2, N = 480) = 16,34; p < 0,01$] e grupo de risco [$X^2(2, N = 480) = 6,31; p < 0,05$]. Sufrimento foi citado por 37,5% dos participantes com nove a 11 anos de estudos, por 26,5% dos com 12 a 15 anos de estudos e por 18,1% dos com mais de 15 anos de estudos. Preconceito foi evocado por 41,5% dos participantes com nove a 11 anos de estudos, por 20,5% dos com 12 a 15 anos de estudos e por 27,6% dos com mais de 15 anos de estudos. Dos participantes com nove a 11 anos 8,3% citou a categoria

grupo de risco, 6,7% dos com 12 a 15 anos de estudos a citou e 14,7% dos com mais de 16 anos de estudos também. Uma ilustração das associações pode ser visualizada na Figura 3.

Com relação às diferenças entre prontidão de evocação, constatou-se que as categorias preconceito [$F(2) = 6,25$; $p < 0,05$] e medo [$F(2) = 7,66$; $p < 0,05$] foram diferentes para os participantes com níveis de escolaridade diferentes. Preconceito foi mais prontamente evocado por aqueles com nove a 11 anos de estudo ($M = 3,18$ pontos; $DP = 1,45$ pontos) que por aqueles com 12 a 15 anos de estudos ($M = 2,55$ pontos; $DP = 1,44$ pontos) e com mais de 15 anos de estudos ($M = 2,44$ pontos; $DP = 1,19$ pontos). A categoria medo foi mais prontamente citada por aqueles com mais de 15 anos de estudos ($M = 3,62$ pontos; $DP = 1,56$ pontos) comparado aos com 12 a 15 anos de estudos ($M = 2,71$ pontos; $DP = 1,49$ pontos), entre os com nove a 11 anos de estudos ($M = 3,17$ pontos; $DP = 1,50$ pontos) e os outros dois grupos não houve diferenças.

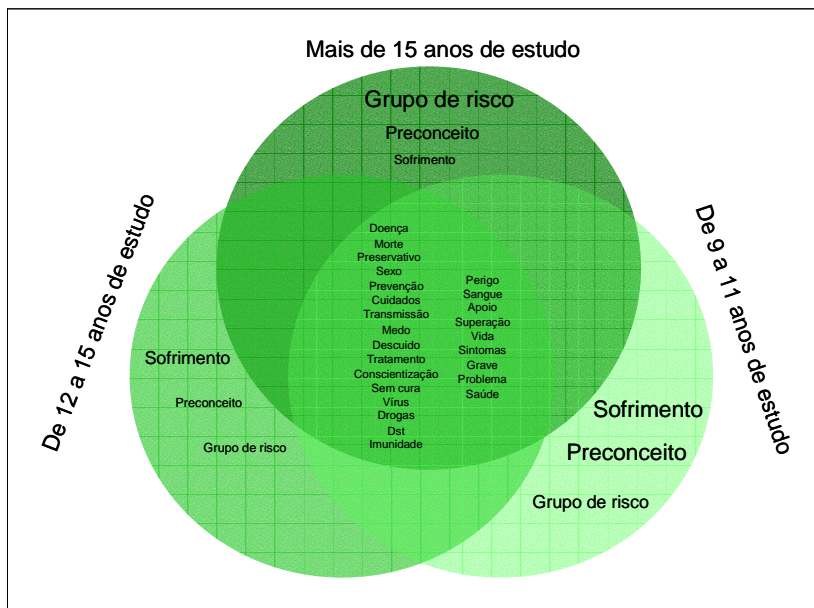


Figura 3. Associações entre categorias RS da aids e escolaridade dos participantes.

As relações entre as categorias citadas e os grupos de participantes das áreas da saúde e não-saúde indicaram associações para

10 categorias com os grupos, de forma que: a categoria morte foi evocada por 40,1% dos participantes da área da saúde, enquanto 27,3% dos da área não-saúde a citaram [$X^2(1, N = 477) = 8,12; p < 0,01$]; sofrimento foi citado por 32,7% do grupo não-saúde e por 16,9% do grupo saúde [$X^2(1, N = 477) = 14,25; p < 0,01$]; prevenção foi evocada por 21,8% dos participantes da área não-saúde e por 34,4% da área da saúde [$X^2(1, N = 477) = 9,25; p < 0,01$]; preconceito foi citado por 30,6% dos participantes da área não-saúde, contra 19,7% da área da saúde [$X^2(1, N = 477) = 6,94; p < 0,01$]; a categoria transmissão foi evocada por 16% dos participantes da área não-saúde e por 29% dos participantes da área saúde [$X^2(1, N = 477) = 11,46; p < 0,01$]; descuido foi evocado por 18,7% do grupo não-saúde e por 11,5% do grupo saúde [$X^2(1, N = 477) = 4,40; p < 0,05$]; tratamento foi citado por 12,2% daqueles da área não-saúde e por 23% dos participantes da saúde [$X^2(1, N = 477) = 9,45; p < 0,01$]; vírus foi evocado por 5,4% dos participantes do grupo não-saúde, enquanto 13,7% do grupo saúde o citou [$X^2(1, N = 477) = 9,70; p < 0,01$]; dst foi evocada por 5,4% dos participantes da área não-saúde e por 10,9% dos participantes da área saúde [$X^2(1, N = 477) = 4,87; p < 0,05$]; imunidade foi evocada por 0,7% do grupo não-saúde e por 15,8% do grupo saúde (Exato de Fisher; $p < 0,01$). A Figura 4 ilustra as associações.

Ao se testar as diferenças entre prontidão de evocação para os dois grupos, verificou-se que imunidade foi mais prontamente evocada pelo grupo da saúde ($M = 3,21$ pontos; $DP = 1,29$ pontos) que pelo grupo não-saúde ($M = 2,00$ pontos; $DP = 0$) [$t(28) = 5,03; p < 0,01$]. Sintomas foi mais prontamente evocado pelos participantes da área da saúde ($M = 3,64$ pontos; $DP = 1,03$) que por aqueles da área não-saúde ($M = 2,44$ pontos; $DP = 1,01$ pontos) [$t(18) = 2,60; p < 0,05$]. A categoria grave foi mais prontamente citada pelos participantes do grupo não-saúde ($M = 3,92$ pontos; $DP = 1,16$ pontos) que por aqueles do grupo saúde ($M = 2,33$ pontos; $DP = 0,58$ pontos) [$t(13) = 2,24; p < 0,05$]. A categoria saúde foi evocada mais prontamente pelo grupo não-saúde ($M = 4,00$ pontos; $DP = 0,58$ pontos) que pelo grupo saúde ($M = 2,33$ pontos; $DP = 1,15$ pontos) [$t(8) = 3,16; p < 0,05$].

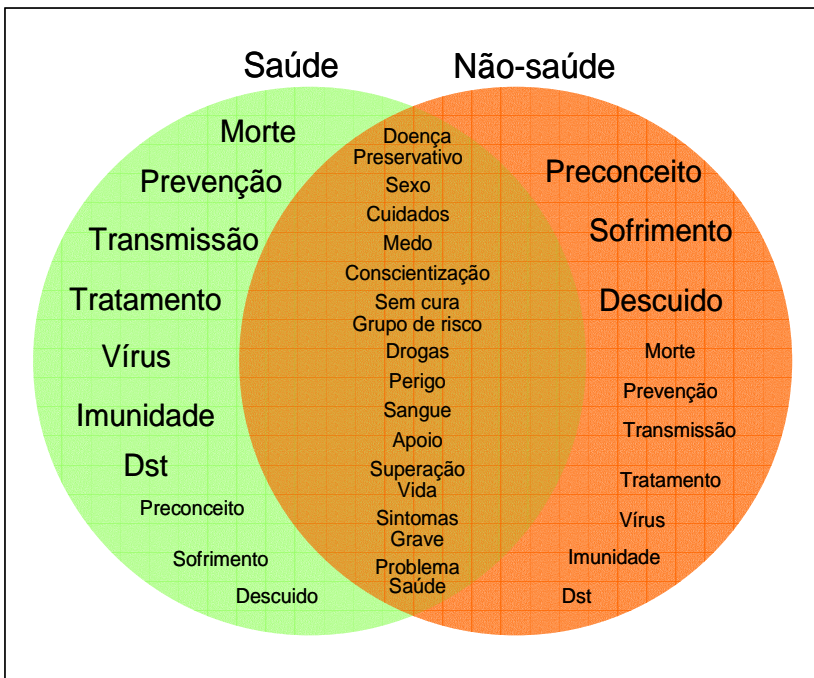


Figura 4. Associações entre categorias RS da aids e grupo saúde/não-saúde.

5.3.3 *Conhecimento científico*

Os dados do conhecimento científico sobre HIV/aids para os participantes desta pesquisa indicaram que o conhecimento variou de 21 a 76 pontos (mínimo possível = 0 e máximo possível = 85 pontos), a média de acertos foi de 49,03 pontos (*DP* = 10,86 pontos; *Med* = 50 pontos). A Tabela 4 mostra a média e desvio padrão para os escores de cada dimensão, a pontuação mínima e máxima em cada uma e a média e desvio padrão da proporção de acerto (variável de 0 a 1 ponto) para cada dimensão.

Tabela 4. Escores e proporções de acerto para cada dimensão do teste de conhecimento científico HIV/aids.

Dimensão	Escore na dimensão (pontos)	Proporção de acerto (pontos)
1. Descrição da aids e HIV (7 itens)	$M = 4,37; DP = 1,40;$ $Min = 0; Max = 7$	$M = 0,62; DP = 0,20$
2. História da doença (7 itens)	$M = 1,67; DP = 1,33;$ $Min = 0; Max = 6$	$M = 0,24; DP = 0,19$
3. Formas de contágio e prevenção do HIV (32 itens)	$M = 20,28; DP = 4,26;$ $Min = 8; Max = 31$	$M = 0,63; DP = 0,13$
4. Sintomatologia aids e funcionamento HIV (26 itens)	$M = 15,54; DP = 4,33;$ $Min = 3; Max = 25$	$M = 0,60; DP = 0,17$
5. Tratamento aids e controle HIV (8 itens)	$M = 5,43; DP = 1,40;$ $Min = 1; Max = 8$	$M = 0,68; DP = 0,17$
6. Epidemiologia HIV/aids (5 itens)	$M = 1,73; DP = 1,23;$ $Min = 0; Max = 5$	$M = 0,35; DP = 0,25$

Com exceção das dimensões D1-Descrição e D3-Prevenção, que não apresentaram diferenças entre si nas médias da proporção de acerto, todas as demais foram diferentes entre si, inclusive a D1-Descrição e D3-Prevenção comparadas às demais [$F(3,61) = 693,44; p < 0,01$]. Assim, pôde-se verificar que D5-Tratamento obteve mais acertos que todas as outras dimensões, seguida por D1-Descrição e D3-Prevenção, seguidas por D4-Sintomas, seguida por D6-Epidemiologia e, com menos acertos, D2-História.

Entre os sexos dos participantes não houve diferenças de nível de conhecimento científico sobre HIV/aids [$t(478) = 0,63; p = 0,53$]. Com a idade o escore geral de conhecimento correlacionou-se positivamente ($r = 0,22; p < 0,01$), assim como com a renda dos participantes ($r = 0,36; p < 0,01$). Já entre a escolaridade houve diferenças no sentido de aqueles com mais de 15 anos de estudos ($M = 55,16$ pontos; $DP = 9,40$ pontos) apresentaram maiores níveis de conhecimento que aqueles com 12 a 15 anos de estudos ($M = 48,75$ pontos; $DP = 10,39$ pontos) e nove a 11 anos de estudos, e aqueles com 12 a 15 anos de estudos mais conhecimento que os com nove a 11 anos de estudos [$F(2) = 42,98; p < 0,01$].

Entre os grupos formados por participantes da área da saúde e os não ligados à saúde observaram-se também diferenças no nível de conhecimento, sendo que os da área da saúde ($M = 55,39$ pontos; $DP = 9,26$ pontos) pontuaram mais que os de outras áreas ($M = 44,99$ pontos;

$DP = 9,83$ pontos) [$t(475) = 11,49$; $p < 0,01$]. Verificou-se que aqueles com maior escolaridade e pertencentes à área da saúde obtiveram escores superiores aos de menos escolaridade e aos de outras áreas que não saúde, contudo não houve interação entre essas duas variáveis [$F(1) = 0,70$; $p = 0,40$], como ilustra a Figura 5.

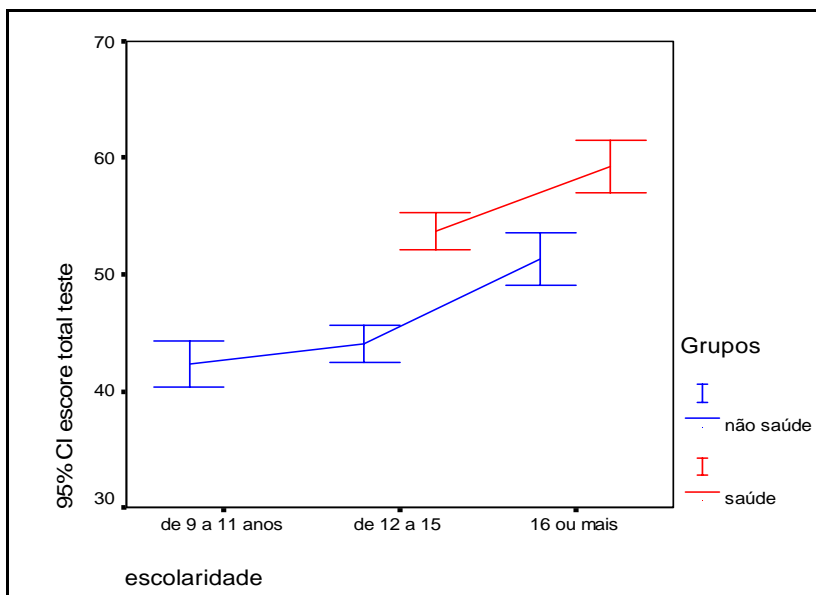


Figura 5. Escores de acertos por escolaridade e grupo saúde/não-saúde.

5.3.4 Predição do conhecimento científico

A análise de regressão múltipla, através do método *stepwise*, apresentou seis modelos explicativos da variação do conhecimento global sobre HIV/aids. Constatou-se que o modelo 6 mostrou-se adequado para explicar a variação do conhecimento [$F(6) = 29,91$; $p < 0,01$]. Verificou-se que 37% da variância do conhecimento pôde ser predito por seis variáveis (grupo saúde; mais de 15 anos de estudos; idade; de 12 a 15 anos de estudos; sexo masculino; categoria preservativo) que integraram o modelo testado. A Tabela 5 apresenta os coeficientes das variáveis que integraram tal modelo.

	Erro				R ²
	B	Padrão	β	t	
Modelo 6					0,37
<i>Constante</i>	35,63	2,21		16,11**	
Grupo Saúde	10,01	1,17	0,42	8,59**	
Mais de 15 anos de estudos	6,82	1,54	0,29	4,42**	
Idade	0,26	0,07	0,20	3,83**	
De 12 a 15 anos de estudos	3,55	1,40	0,16	2,53*	
Sexo masculino	2,68	1,05	0,12	2,56*	
Categoria preservativo	-2,26	1,09	-0,10	2,08*	

* p < 0,05

** p < 0,01

Tabela 5. Índices regressão linear múltipla, variáveis predictoras do conhecimento científico sobre HIV/aids.

Observou-se que a variável com maior contribuição para explicação de acréscimos nos níveis de conhecimento global sobre HIV/aids foi pertencer à área da saúde (grupo saúde), comparado a não pertencer ao grupo saúde; seguida da variável ter mais de 15 anos de estudos, comparada a ter 15 ou menos anos de estudos; logo depois se verifica que o acréscimo da idade prediz aumentos nos níveis de conhecimento; em seguida ter entre 12 a 15 anos de estudos, comparado a ter menos anos de estudos contribui para incrementos nos níveis de conhecimento; seguida por ser do sexo masculino, comparado a ser do sexo feminino. E, por fim, citar a categoria preservativo, em relação a não citá-la, contribuiu para o decréscimo nos níveis de conhecimento.

5.3.5 Representações sociais e níveis de conhecimento científico

O grupo de pessoas que obteve escore geral no teste de conhecimento sobre HIV/aids superior à média foi formado por 50,4% do total de participantes, o grupo com escore inferior à média pelos 49,6% restantes. A frequência de participantes que citaram as categorias (frequência de evocação única) e a média de prontidão de evocação entre aqueles com conhecimento científico acima da média e aqueles abaixo da média podem ser visualizadas na Tabela 6.

Tabela 6. Frequências e médias de prontidão de evocação das categorias RS da aids por grupo mais conhecimento e menos conhecimento científico.

Categorias	Grupo mais conhecimento <i>n</i> = 242		Grupo menos conhecimento <i>n</i> = 238	
	Frequência participantes	Média prontidão	Frequência participantes	Média prontidão
Doença	99	4,25 (<i>DP</i> = 1,22)	109	4,24 (<i>DP</i> = 1,21)
Morte	75	2,87 (<i>DP</i> = 1,36)	93	2,99 (<i>DP</i> = 1,49)
Preservativo	66	3,21 (<i>DP</i> = 1,18)	80	2,96 (<i>DP</i> = 1,28)
Sexo	69	3,20 (<i>DP</i> = 1,38)	71	3,35 (<i>DP</i> = 1,17)
Prevenção	66	3,42 (<i>DP</i> = 1,44)	62	3,32 (<i>DP</i> = 1,53)
Sofrimento	48	3,06 (<i>DP</i> = 1,37)	80	2,96 (<i>DP</i> = 1,43)
Preconceito	56	2,80 (<i>DP</i> = 1,39)	71	2,65 (<i>DP</i> = 1,43)
Cuidados	46	3,00 (<i>DP</i> = 1,49)	58	2,90 (<i>DP</i> = 1,35)
Transmissão	51	3,41 (<i>DP</i> = 1,43)	49	3,43 (<i>DP</i> = 1,22)
Medo	44	3,04 (<i>DP</i> = 1,64)	42	3,12 (<i>DP</i> = 1,47)
Descuido	34	3,00 (<i>DP</i> = 0,98)	44	3,23 (<i>DP</i> = 1,38)
Tratamento	51	2,14 (<i>DP</i> = 1,15)	27	2,26 (<i>DP</i> = 1,26)
Conscientização	34	2,88 (<i>DP</i> = 1,32)	37	2,27 (<i>DP</i> = 1,28)
Sem cura	37	2,73 (<i>DP</i> = 1,45)	25	2,96 (<i>DP</i> = 1,46)
Grupo de risco	31	2,77 (<i>DP</i> = 1,18)	12	2,67 (<i>DP</i> = 1,15)
Vírus	25	3,56 (<i>DP</i> = 1,56)	16	3,88 (<i>DP</i> = 0,96)
Drogas	27	2,59 (<i>DP</i> = 1,15)	12	2,58 (<i>DP</i> = 1,08)
Dst	24	4,29 (<i>DP</i> = 0,86)	12	3,67 (<i>DP</i> = 1,83)
Imunidade	23	3,13 (<i>DP</i> = 1,22)	8	3,13 (<i>DP</i> = 1,55)
Perigo	12	3,33	19	2,58

		(DP = 1,23)		(DP = 1,50)
Sangue	15	2,67 (DP = 0,98)	14	2,36 (DP = 1,01)
Apoio	16	2,25 (DP = 1,18)	11	2,64 (DP = 1,21)
Superação	15	2,07 (DP = 1,10)	11	2,00 (DP = 1,00)
Vida	9	2,22 (DP = 1,48)	13	2,23 (DP = 1,36)
Sintomas	12	3,58 (DP = 0,79)	8	2,38 (DP = 1,30)
Grave	7	3,00 (DP = 1,15)	8	4,13 (DP = 1,13)
Problema	6	2,67 (DP = 1,37)	8	2,88 (DP = 1,36)
Saúde	8	3,38 (DP = 1,19)	2	4,00 (DP = 0,00)

Para o grupo com mais conhecimento científico a média da frequência de evocação única (*Mfe*) para todas as categorias foi de 35,39 participantes e a média de prontidão de evocação (*Mpe*) para todas as categorias foi de 3,00 pontos. Nota-se, assim, que as categorias doença, prevenção, transmissão, preservativo, sexo, sofrimento e medo obtiveram frequência de evocação única e prontidão de evocação superiores à média. As categorias cuidados, descuido, conscientização, morte, preconceito e sem cura tiveram frequência superior a média, contudo foram menos prontamente evocadas. As categorias dst, sintomas, vírus, saúde, perigo, imunidade e grave mostraram frequência inferior à média, mas prontidão de evocação superior. E as categorias grupo de risco, problema, sangue, drogas, apoio, vida e superação apresentaram frequência e média de prontidão inferiores à média. Tais observações são ilustradas na Figura 6. Entre as palavras marcadas pelos participantes como as mais importantes, constatou-se que três tiveram frequência evocação única superiores à média: prevenção, preservativo e sexo.

<i>Mfe > 35,39; Mpe > 3</i>			<i>Mfe > 35,39; Mpe < 3</i>		
	<i>fp</i>	<i>Mp</i>		<i>fp</i>	<i>Mp</i>
doença	99	4,25	cuidados	46	3
prevenção*	66	3,42	descuido	34	3
transmissão	51	3,41	conscientização	34	2,88
preservativo*	66	3,21	morte	75	2,87
sexo*	69	3,2	preconceito	56	2,8
sofrimento	48	3,06	sem cura	37	2,73
medo	44	3,05	tratamento	51	2,14
			cuidados	46	3
<i>Mfe < 35,39; Mpe > 3</i>			<i>Mfe < 35,39; Mpe < 3</i>		
	<i>fp</i>	<i>Mp</i>		<i>fp</i>	<i>Mp</i>
dst	24	4,29	grupo de risco	31	2,77
sintomas	12	3,58	problema	6	2,67
vírus	25	3,56	sangue	15	2,67
saúde	8	3,38	drogas	27	2,59
perigo	12	3,33	apoio	16	2,25
imunidade	23	3,13	vida	9	2,22
grave	7	3	superação	15	2,07

* Consideradas as mais importantes.

Figura 6. Quadrantes RS da aids para participantes com conhecimento sobre HIV/aids acima da média.

Para o grupo com menos conhecimento científico a média da frequência de evocação única (*Mfe*) para todas as categorias foi de 35,78 participantes e a média de prontidão de evocação (*Mpe*) por categoria foi de 2,99 pontos. Observa-se, então, que as categorias doença, transmissão, sexo, prevenção, descuido, medo, sofrimento, morte, preservativo e cuidados obtiveram frequência de evocação única e prontidão de evocação superiores à média. As categorias preconceito e conscientização tiveram frequência superior a média, porém foram menos prontamente evocadas. As categorias grave, saúde, vírus, dst e imunidade apresentaram frequência inferior à média, e prontidão de evocação superior. Por fim, as categorias sem cura, problema, grupo de risco, apoio, drogas, perigo, sintomas, sangue, tratamento, vida e superação mostraram frequências e médias de prontidão

inferiores à média. Visualizam-se essas observações na Figura 7. Entre as palavras marcadas pelos participantes como as mais importantes, verificou-se que duas obtiveram frequência de evocação única superiores à média: prevenção e preservativo.

Mfe > 35,78; Mpe > 2,99			Mfe > 35,78; Mpe < 2,99		
	<i>fp</i>	<i>Mp</i>		<i>fp</i>	<i>Mp</i>
doença	109	4,24	preconceito	71	2,65
transmissão	49	3,43	conscientização	37	2,27
sexo	71	3,35			
prevenção*	62	3,32			
descuido	44	3,23			
medo	42	3,12			
sofrimento	80	3,05			
morte	93	2,99			
preservativo*	80	2,96			
cuidados	58	2,9			
Mfe < 35,78; Mpe > 2,99			Mfe < 35,78; Mpe < 2,99		
	<i>fp</i>	<i>Mp</i>		<i>fp</i>	<i>Mp</i>
grave	8	4,13	sem cura	25	2,96
saúde	2	4,00	problema	8	2,88
vírus	16	3,88	grupo de risco	12	2,67
dst	12	3,67	apoio	11	2,64
imunidade	8	3,13	drogas	12	2,58
			perigo	19	2,58
			sintomas	8	2,38
			sangue	14	2,36
			tratamento	27	2,26
			vida	13	2,23
			superação	11	2,00

* Consideradas as mais importantes.

Figura 7. Quadrantes RS da aids para participantes com conhecimento sobre HIV/aids abaixo da média.

Verificaram-se associações entre os grupos com mais conhecimento e menos conhecimento e seis categorias: sofrimento [$X^2(1, N = 480) = 11,65; p < 0,01$]; tratamento [$X^2(1, N = 480) = 8,35; p < 0,01$]; grupo de risco [$X^2(1, N = 480) = 8,88; p < 0,01$]; drogas [$X^2(1, N = 480) = 6,01; p < 0,05$]; dst [$X^2(1, N =$

480) = 4,11; $p < 0,05$]; imunidade [$X^2(1, N = 480) = 7,49; p < 0,01$]. A categoria sofrimento foi citada por 33,6% dos participantes com menos conhecimento científico, enquanto 19,8% dos com mais conhecimento a citaram. Já a categoria tratamento foi evocada por 21,1% dos participantes com mais conhecimento científico e por 11,3% dos com menos conhecimento. Dentre os participantes com mais conhecimento científico 12,8% citaram a categoria grupo de risco, 5% dos com menos conhecimento a citaram. A categoria drogas foi evocada por 11,2% do grupo com conhecimento científico acima da média e por 5% do grupo com conhecimento abaixo da média. A categoria dst foi citada por 9,9% dos participantes com mais conhecimento científico, contra 5% dos com menos conhecimento. Imunidade foi evocada por 9,5% dos participantes com mais conhecimento, enquanto 3,4% dos com menos conhecimento a evocou. Visualizam-se as associações na Figura 8.

Entre as médias de prontidão de evocação das categorias nos dois grupos houve diferenças para a categoria sintomas [$t(10,48) = 2,35; p < 0,05$], sendo que ela foi mais prontamente evocada por aqueles com mais conhecimento científico ($M = 3,58; DP = 0,79$) do que por aqueles com menos conhecimento ($M = 2,38; DP = 1,30$).

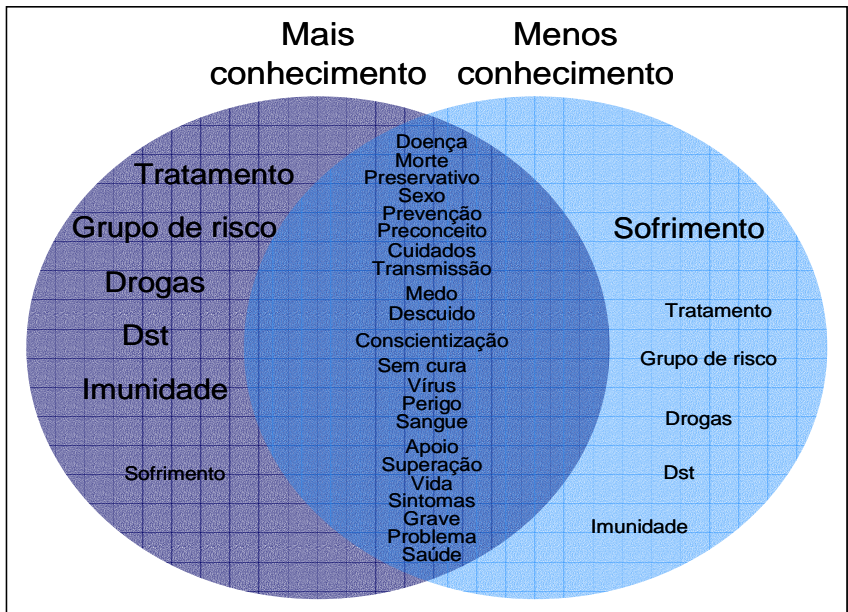


Figura 8. Associações entre categorias RS da aids e grupo mais conhecimento/menos conhecimento.

6. DISCUSSÃO

Conhecimento científico

Validade do teste

A análise de consistência interna KR-20 para o teste de conhecimento científico sobre HIV/aids apresentou índice satisfatório ($KR-20 = 0,89$) (Cronbach, 1951), apontando o teste como adequado para avaliar o construto a que se propõe. O aumento dos níveis de conhecimento conforme o aumento da escolaridade confirma a hipótese teórica de que mais anos de estudos aumentaria a probabilidade de mais conhecimento científico sobre HIV/aids, critério esse também favorável à validade de construto do teste em questão. Tal como sugere Pasquali (2003) a validade de construto constata se o teste representa adequadamente o construto teórico e pode ser verificada, dentre outros modos, através da análise de consistência interna (verifica as correlações entre cada item do teste com os outros itens ou com o escore total dos itens, nesse caso esse dado é fornecido através do índice KR-20) e análise convergente-discriminante (verifica se o teste correlaciona-se com variáveis teoricamente associadas ao construto, no caso maior escolaridade implica maior chance de se ter recebido informações científicas sobre HIV/aids).

Outro passo na validação de um instrumento psicométrico diz respeito à validade de critério (Pasquali, 2001), que verifica a eficácia do teste em prever o desempenho de um grupo de indivíduos específicos. Neste caso, o grupo específico diz respeito aos participantes da área da saúde que, hipoteticamente, deveriam apresentar níveis maiores de conhecimento científico sobre HIV/aids devido ao treinamento recebido em função de suas profissões, graduações ou especializações. A análise de regressão confirmou essa hipótese e apresentou a variável ‘pertencer ao grupo saúde’ como preditora de incrementos nos níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids.

Além da validade de conteúdo (análise de juízes e análise semântica) descrita no Estudo 1, o teste criado para avaliar os níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids para pessoas maiores de 18 anos de idade demonstrou-se, no Estudo 2, em acordo com as etapas para criação de um instrumento psicométrico (Pasquali, 1999; Pasquali, 2003) e revelou índices satisfatórios para validade. Pode, portanto, fornecer dados fidedignos ao construto e ser utilizado em novas mensurações. Não obstante, é importante salientar que novas análises e adaptações ao teste podem ser realizadas a fim de incrementar sua precisão, diminuir o número de itens, verificar o poder discriminante de

itens e dimensões e re-testar sua de validade, por exemplo, análises fundamentadas na teoria de resposta ao item.

Níveis de conhecimento

Os níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids para os participantes deste estudo mostraram que eles acertaram, em média, 57,6% do teste ($M = 49,03$ pontos; total de itens do teste = 85). Embora, em média, mais da metade do teste tenha sido respondido corretamente, menos de 60% de acertos foi obtido e classificaram-se os participantes como insatisfatoriamente informados sobre o tema. Ferreira (2003, 2008) estimou, em pesquisa a partir de itens sobre transmissão do HIV de uma amostra da população brasileira, que os brasileiros que atingissem 65% de acertos naquelas questões poderiam ser considerados bem informados sobre o assunto.

Dados de pouco conhecimento são semelhantes aos encontradas por Ferreira (2003, 2008) para a população brasileira e por Camargo et al. (2005) que salientaram um baixo nível de conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV entre estudantes do ensino médio. Camargo et al. (2007) também constataram que o nível de conhecimento dos estudantes do ensino médio sobre o HIV e sua transmissão, a infecção pelo vírus e tratamento, e as formas de prevenção do HIV era insuficiente para considerá-los cientificamente bem informados sobre o HIV/aids. Ao encontro desses resultados, porém com uma amostra de participantes idosos, Lazzarotto et al. (2009) verificaram uma alta frequência de respostas erradas sobre o conhecimento de conceitos, da transmissão e da prevenção do HIV e aids.

Ao serem comparadas as proporções de acertos entre as dimensões do conhecimento sobre HIV/aids constatou-se que os participantes acertaram mais os itens referentes ao tratamento aids e controle HIV (D5), 68% de acertos. Esta dimensão reflete uma habilidade em reconhecer a possibilidade de tratamento da aids e os princípios básicos da terapêutica medicamentosa frente ao HIV. Infere-se que essa habilidade dos participantes maior que as demais do teste traduza a noção da incorporação da aids ao rol das doenças crônicas pelos participantes, inferência reforçada pela não-pertença do elemento morte ao quadrante referente ao núcleo central da representação social da aids. Camargo (2000) sugeriu informação semelhante ao constatar que a representação de 'doença mortal' perdia espaço para a representação de 'prevenção sexual' em seu estudo sobre a representação social da aids entre universitários.

As dimensões relativas à descrição da aids (D1), com 62% de acertos, e formas de contágio e prevenção (D3), com 63% de acertos, foram as segundas com maior proporção de acertos. Essas dimensões referem-se à habilidade dos participantes em identificar a aids como uma doença, sua nomenclatura e de seu agente etiológico o HIV, bem como diferenciar o vírus e a doença e reconhecer os subtipos do vírus; e em reconhecer as características biológicas e comportamentais de maior ou menor probabilidade de contágio pelo HIV. Os índices mais altos nessas dimensões (atrás apenas da dimensão D5-Tratamento) e a pertença de elementos como prevenção e preservativo ao núcleo central da representação social da aids, incluindo seus destaques como os mais importantes, indicam que os participantes conheciam e atribuíam importância a pelo menos um método preventivo: o uso do preservativo. Ao encontro desses achados, Ferreira (2008) verificou que mais de 90% dos brasileiros conheciam o uso do preservativo como um método eficaz de prevenção à aids e Trajman et al. (2003) constatou que apesar de mais de 90% de sua amostra reconhecer o preservativo como um método de prevenção, menos de 35% o utilizavam. Informações que fomentam as habilidades dessas dimensões são as principais divulgadas em campanhas informativas e de prevenção pelo governo brasileiro (Ministério da Saúde, 2008). Acredita-se que o investimento em estratégias informativas ocorra em função da noção de que o conhecimento sobre formas de contágio e prevenção salientaria uma variável, entre outras, capaz de proteger os indivíduos da infecção por HIV. Em oposição a essa noção, Martins et al. (2008) constataram que indivíduos com mais conhecimento sobre formas de contágio e prevenção utilizaram menos frequentemente o preservativo que indivíduos com menos conhecimento.

Destaca-se, nesse ponto, (1) a importância de estudos que verifiquem relações entre níveis de conhecimento científico sobre formas de contágio e prevenção e uso de preservativos nas relações sexuais; (2) a importância de estudos que verifiquem variáveis cognitivas e comportamentais relacionadas e preditoras do uso do preservativo; (3) a incorporação de estratégias preventivas que incrementem, também, outras habilidades relacionadas a variáveis preditoras de comportamentos, por exemplo: atitudes e percepção de controle do comportamento (Ajzen, 2001).

O conhecimento sobre sintomatologia da aids e funcionamento do HIV (D4) foi a última dimensão com proporção de acertos superior a 50%, obteve 60% de acertos. Essa dimensão caracteriza uma habilidade em identificar os sintomas relacionados a síndrome da imunodeficiência,

mecanismos básicos de funcionamento do HIV e sua interação com o organismo humano. A evocação de palavras que compuseram as categorias sintomas e imunidade para a representação social da aids indica que o conhecimento avaliado por essa dimensão encontra-se também disseminado no senso comum dos participantes desta pesquisa.

As duas dimensões com menor proporção de acerto, história da doença e HIV e epidemiologia da aids, ressaltam a habilidade das pessoas em reconhecer a época e local em que se registrou o primeiro caso de aids no mundo, o local provável de origem do HIV, o tempo estimado de existência em humanos e origem biológica do vírus; e em identificar a via mais frequente de contaminação no Brasil, as características de vulnerabilidade da população e a situação de casos de aids do país em relação a outros países do mundo. Estima-se que os conhecimentos exigidos para essas dimensões sejam mais divulgados entre aqueles da área da saúde que entre os da área não-saúde. Portanto, como se observou que os participantes da área da saúde têm maiores níveis de conhecimento que os de outras áreas, julga-se que essas dimensões possuam alto poder discriminativo entre pessoas com maior conhecimento e menor conhecimento global sobre HIV/aids. Além disso, a associação das categorias grupo de risco e drogas ao grupo de participantes com maior conhecimento alude um conhecimento acerca da origem da epidemia por esse grupo, o que reforça a hipótese acima.

Homens e mulheres tiveram desempenho global semelhante no teste de conhecimento sobre HIV/aids, dado semelhante aos encontrados por Ferreira (2008). Contudo, diferente do que encontraram Ferreira (2003) e Martins et al. (2006) em que verificaram, respectivamente, que mulheres tinham mais conhecimento que homens e ser mulher era preditor de maiores níveis de conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV. Além disso, embora sem diferenças nos níveis de conhecimento entre os sexos, ser homem mostrou-se um preditor (em conjunto com as demais variáveis do modelo) de incrementos nos níveis de conhecimento para este estudo.

O acréscimo da idade dos participantes também se mostrou um preditor de aumentos nos níveis de conhecimento global dos participantes, além disso, a idade correlacionou-se positivamente com o nível de conhecimento. Trajman et al. (2003) também verificaram dados semelhantes para conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV. A renda dos participantes, em consonância com o estudo de Ferreira (2003) para o conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV, correlacionou-se positivamente com os escores do conhecimento global sobre HIV/aids. Acredita-se que mais idade tenha proporcionado mais

tempo para os indivíduos terem aprendido sobre HIV/aids ao longo de suas vidas, crença reforçada pelas médias de idades mais elevadas entre os participantes com mais de 15 anos de estudos. Quanto a rendas mensais maiores relacionarem-se a maiores níveis de conhecimentos, pensa-se que isso ocorreu por maiores médias de rendas mensais estarem entre aqueles participantes com mais de 15 anos de estudos, consequentemente entre aqueles com maior desempenho no teste.

A medida que aumentava a escolaridade dos participantes os escores no teste de conhecimento sobre HIV/aids também aumentavam, corroborando os achados para transmissão e prevenção do HIV de Carey et al. (1997), Martins et al. (2006) e Ferreira (2008). Além disso, a escolaridade foi preditora do conhecimento e quanto mais anos de estudos, maior o coeficiente da variável preditora. Julga-se que o maior grau de escolaridade tenha possibilitado aos participantes mais chances de obtenção de conhecimento científico sobre o assunto. Idéia que se estende também aos participantes da área da saúde que mostraram maiores médias que os da área não-saúde, tal como os resultados de Torres e Ruffino (2001) e Carey e Schroder (2002) para pessoas treinadas. Observou-se que tanto a escolaridade quanto a pertença grupal relacionaram-se independentes uma da outra com a variação do conhecimento de forma que os participantes da área da saúde alcançaram maiores médias no teste de conhecimento que os de outras áreas, o que reforça a hipótese de os níveis de conhecimento aumentarem proporcionalmente ao treinamento recebido sobre o assunto.

Além das variáveis ‘pertencer ao grupo saúde’, ‘ter mais de 15 anos de estudos’, ‘idade’, ‘ter de 12 a 15 anos de estudos’ e ‘ser do sexo masculino’ predizerem o conhecimento científico sobre HIV/aids, citar o elemento preservativo mostrou-se preditor no modelo que explicou 37% da variância dos níveis de conhecimento. Porém, citar o elemento preservativo, ao contrário do que ocorreu com as outras variáveis, mostrou-se preditor com coeficiente negativo. Esse dado propõe que citar esse elemento, ao invés de não citá-lo, contribui para decréscimos nos níveis de conhecimento no modelo com as variáveis acima citadas. Acredita-se que citar o elemento preservativo, enquanto representativo da aids, reflita a reprodução de uma informação amplamente divulgada por fontes de informação (em função das campanhas preventivas) desvinculada de conhecimento científico sobre o tema. As demais variáveis preditoras podem explicar incrementos nos níveis de conhecimento por se referirem a maior possibilidade de exposição ao

conhecimento científico, exceto o sexo dos participantes a que não caberia essa inferência.

Representações sociais da aids

Para a amostra total, formada por homens e mulheres de 18 a 63 anos de idade e com escolaridade variável entre nove a mais de 15 anos de estudos, a representação social da aids revelou como possíveis pertencentes ao núcleo central as categorias (ou elementos): doença; transmissão; prevenção; sexo; descuido; preservativo; medo e sofrimento. Alguns desses elementos também já foram descritos como pertencentes ao núcleo central da representação social da aids para grupos de adolescentes (Camargo et al., 2007; Flores-Palacios & Leyva-Flores, 2003; Madeira, 1998; Thiengo et al., 2002; Tura, 1998), universitários (Camargo, 2000; Palacios & Alba, 2006), idosos (Brasileiro & Freitas, 2006), profissionais de saúde (Castanha & Araújo, 2006; Coutinho et al., 2004; Marques et al., 2003; Marques et al. 2004; Ribeiro et al., 2005; Ribeiro et al., 2006; Ribeiro, Coutinho, Saldanha & Azevedo, 2006; Rodrigues et al., 2005), portadores de HIV (Cardoso & Arruda, 2004; Castanha et al., 2006; Ribeiro et al., 2005; Ribeiro, Coutinho, Saldanha & Azevedo, 2006), trabalhadores em geral (Goodwin et al., 2003; Marques et al., 2003; Marques et al., 2004; Ribeiro et al., 2006).

Os elementos que caracterizaram o sistema periférico para esta amostra (morte, cuidados, preconceito, conscientização, tratamento, dst, vírus, grave, saúde, imunidade, sintomas, perigo, sem cura, problema, grupo de risco, drogas, sangue, apoio, vida, superação) também coincidem com elementos descritores desse sistema para a representação social da aids de grupos de adolescentes, universitários, idosos, profissionais de saúde, portadores de HIV, trabalhadores em geral. Sejam pertencentes ao núcleo central ou ao sistema periférico, os elementos da representação social da aids evocados pela amostra deste estudo encontram-se em acordo com os citados por amostras de pessoas de idades, nacionalidades (Palacios & Alba, 2006; Flores-Palacios & Leyva-Flores, 2003; Goodwin et al., 2003), profissões e escolaridades diferentes.

Nesta pesquisa, os elementos confirmados como os mais representativos da aids pelos participantes foram prevenção e preservativo. Esses achados foram encontrados também por Camargo et al. (2007) e ressaltam a importância associada à prevenção como elemento central da representação social da aids. Apesar de pesquisas nacionais (Ministério da Saúde, 2008a) apontarem uma utilização

inconstante do preservativo como estratégia de prevenção sexual, nota-se que, em geral, as pessoas de 18 a 63 anos de idade e com escolaridade variável entre nove a mais de 15 anos de estudos declaram como importantes a prevenção e uso do preservativo quando se referem à aids. Isso corrobora a inferência de que o núcleo da representação social da aids para essa amostra apresenta elementos dissociados da vivência cotidiana e carregados de símbolos idealizados, embora de fato não se tenham associações entre o uso ou não do preservativo e a evocação de elementos da representação social.

A esse respeito cabe destacar as dificuldades em estabelecer relações entre representações sociais e comportamentos: inicialmente pela primeira referir-se a fenômenos observados em grupo (Moscovici, 1981), enquanto comportamentos poderiam ser observados em indivíduos e sobre influência mais direta (e de explicação mais parcimoniosa) de representações individuais. Depois, por representações sociais poderem conter um conjunto de representações individuais e as representações individuais poderem ser determinadas pelas representações sociais, mas também por uma série de outras variáveis. Por fim, cognições individuais poderiam já se mostrar contrárias aos comportamentos observáveis, quicá cognições compartilhadas socialmente o poderiam.

Aponta-se também uma limitação metodológica da caracterização de representações sociais através do gráfico de quadrantes (Figura 1). Observa-se que, apesar de haver critérios para definição dos elementos que configuram cada quadrante (média de evocação e média de prontidão de evocação), esses critérios não verificam a possibilidade da distribuição dos elementos nos quadrantes ocorrer ao acaso. Por exemplo, o elemento descuido com frequência de evocação única igual a 78 (pertencente ao núcleo central do gráfico de quadrantes) e o elemento sem cura com frequência de evocação igual a 62 (pertencente ao sistema periférico no gráfico de quadrantes) poderiam ter sua frequência igualada caso mais 16 participantes que citassem o elemento sem cura tivessem sido acessados. A mesma lógica transporta-se para as diferenças entre médias de prontidão de evocação.

Nota-se que as diferenças entre proporções de pessoas que citam cada elemento não são testadas para a elaboração desse gráfico. Portanto, considera-se a identificação dos elementos definidores da representação, o núcleo central (Abric, 1998), dessa forma, sem nenhum outro tipo de tratamento estatístico, apenas aproximada.

Uma tentativa de corrigir essa limitação foi realizada neste estudo através da associação de frequência de evocação única e grupos

formados a partir das variáveis sociodemográficas e a partir dos níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids. Contudo, essa análise apenas caracteriza os elementos compartilhados comumente pelos grupos e aqueles mais ou menos frequentes em determinados grupos. Faz-se necessária uma alternativa à identificação dos elementos que conferem unidade às representações sociais de forma mais precisa.

Ao testar as associações entre a frequência de citação das categorias e o sexo dos participantes, verificou-se que os homens citaram mais frequentemente as categorias sangue e grupo de risco. O elemento sangue apresenta uma das formas de contaminação da aids e também foi associado por Camargo et al. (2007) a participantes com maior conhecimento científico. Sugere-se que os homens representem a aids ancorados em elementos oriundos do conhecimento científico, que traz o sexo, citado mais prontamente por homens, também como uma forma de contaminação. Isso pode ser visto ainda através da categoria grupo de risco que se refere a palavras citadas que remetem um conhecimento acerca da história da epidemia, às principais pessoas atingidas pelo vírus no início da epidemia, em acordo com dado encontrado para homens por Camargo (2000) referente a usuários de drogas. Grupo de risco também diz respeito a estereótipos de pessoas contaminadas o que pode corroborar as conclusões de Andrade e Nóbrega-Therrien (2005) sobre a desvinculação da aids do cotidiano real dos homens.

Já as mulheres citaram os elementos transmissão e medo mais frequentemente que os homens. O elemento transmissão denota uma preocupação das mulheres maior que dos homens com uma consequência do vírus da aids, Camargo (2000) constatou algo semelhante ao verificar que mulheres vinculavam a aids ao sexo e à morte. Ajuntada ao elemento medo, elemento também encontrado na representação social de mulheres por Castanha e Araújo (2006), essa hipótese de preocupação maior entre as mulheres ganha força. As mulheres associam à doença elementos com carga afetiva, tal como constatou também Azevedo et al. (2006) e Camargo et al. (2007) e supõe-se que temam contrair o vírus, mais que os homens, por atribuírem uma possibilidade real de que isso ocorra. Ao encontro dessa idéia de temor maior nas mulheres, Giacomozzi e Camargo (2004) verificaram a noção de proteção e temor nas representações sociais da aids de mulheres com relacionamento estável, constataram que elas consideravam-se protegidas do HIV por confiarem no parceiro e atribuíam perigo de contaminação a pessoas sem relacionamento fixo.

Com relação às associações entre evocação de categorias e a escolaridade dos participantes, verificou-se que aqueles com menos escolaridade (nove a 11 anos de estudos) citaram mais frequentemente que os demais participantes os elementos sofrimento e preconceito. Estima-se que a associação ao elemento sofrimento refira-se a um desconhecimento científico sobre o tratamento e transcurso da aids, tal como concluiu Cardoso e Arruda (2004) para soropositivos ao HIV não aderentes ao tratamento. De forma complementar a essa conjectura, também se constatou que os participantes com essa escolaridade obtiveram menores níveis de conhecimento científico comparado aos outros com mais anos de estudos. O elemento preconceito, também mais prontamente evocado por essa população, suscita uma associação com imaginar-se no lugar do portador de HIV e de uma possível discriminação vivida por eles, Ribeiro et al. (2006) verificou o preconceito como importante elemento na representação social da aids de doentes de aids. Estima-se que essa população possa também ter vivenciado com maior frequência algum preconceito em função da pouca escolaridade em relação à idade e dessa forma transpor com maior frequência esse elemento para a representação social da aids.

O grupo com 12 a 15 anos de estudos citou a categoria sofrimento mais frequentemente que o grupo com mais de 15 anos de estudos o que reforça a idéia acima de associação desse elemento com o grau de conhecimento científico, tendo em vista que esse grupo obteve resultados mais modestos no teste de conhecimento científico que o grupo com mais de 15 anos de estudos. O grupo com mais de 15 anos de estudos evocou mais frequentemente que o grupo com 12 a 15 anos de estudos o elemento preconceito o que pode indicar uma interferência na evocação desse elemento de um sentimento de empatia dos profissionais da saúde com os portadores do HIV, como apontou Ribeiro et al. (2004) para enfermeiras que atendem doentes de aids, e corrobora a hipótese de 'colocar-se no lugar do outro' citada anteriormente para esse elemento. O elemento grupo de risco foi mais frequentemente evocado por aqueles com mais de 15 anos de estudos que pelos outros participantes, estima-se que essa associação deva-se aos maiores níveis de conhecimento científico dessa população. Pois esse elemento, além de conter estereótipos de pessoas contaminadas, refere-se a um conhecimento sobre a história da epidemia.

No tocante às diferenças entre evocação dos elementos da representação social da aids para os grupos de profissionais da área da saúde e os de outras áreas, observou-se que preconceito, sofrimento e descuido foram mais frequentemente citados pelos participantes do

grupo não-saúde. Os elementos preconceito e sofrimento ainda se associaram ao grupo de participantes com menor escolaridade, de forma que ao mesmo tempo em que suscitam uma carga afetiva à representação da aids, o que é reforçado por uma maior prontidão de evocação do elemento grave, também refletem uma baixa possibilidade de exposição ao conhecimento científico sobre o tema. Somado a isso o elemento descuido remete ao comportamento de prevenção ao HIV (falta de prevenção) difundido em campanhas de prevenção. Supõe-se que os participantes do grupo não-saúde representem a aids por elementos afetivos, tal como sugeriu Ribeiro, Coutinho, Saldanha e Azevedo (2006) e Cardoso e Arruda (2004) para doentes de aids e Camargo et al. (2007) para adolescentes com pouco conhecimento científico sobre HIV/aids, e veiculados na mídia em função da ausência de treinamento sobre HIV/aids e consequente desvinculação com o saber científico.

O grupo de participantes da área da saúde evocou com maior frequência que os de outras áreas os elementos: morte, prevenção, transmissão, tratamento, vírus, imunidade e dst. Infere-se que esses elementos (1) revelem um conhecimento científico sobre HIV/aids, especialmente no caso de transmissão, encontrada também por Castanha e Araújo (2006); tratamento, identificado para profissionais da saúde por Ribeiro et al. (2004), Ribeiro et al. (2006) e Ribeiro, Coutinho, Saldanha e Azevedo (2006); vírus, constatado ainda por Castanha e Araújo (2006); imunidade (também mais prontamente evocada pelo grupo saúde); dst, também verificado por Castanha e Araújo (2006). E (2) expressem vivências cotidianas de profissionais da saúde referente à aids, como morte, também identificado para esses profissionais por Marques et al. (2003), Marques et al. (2004), Ribeiro et al. (2004), Ribeiro et al. (2006); e prevenção, encontrado para esses profissionais também por Castanha e Araújo (2006), Marques et al. (2003), Marques et al. (2004), Ribeiro et al. (2004) e Rodrigues et al. (2005).

Representações sociais da aids - grupos mais e menos conhecimento científico

Para o grupo com mais conhecimento científico, os elementos que se encontraram no quadrante correspondente ao núcleo central da representação social da aids foram: doença, prevenção, transmissão, preservativo, sexo, sofrimento, medo. Enquanto para os com menores níveis de conhecimento foram: doença, transmissão, sexo, prevenção, descuido, medo, sofrimento, morte, preservativo, cuidados. O grupo com menos conhecimento apresentou três elementos a mais no núcleo

central da representação, foram eles: cuidados, descuido e morte. A partir dos gráficos de quadrantes (Figuras 6 e 7) pôde-se notar que o grupo com menos conhecimento trouxe à tona elementos relacionados à responsabilidade pessoal perante o contágio pela aids e a preocupação com a morte, diferente do grupo com mais conhecimento. O que pode estar associado à influência de campanhas preventivas sobre esse grupo (que transmitem a necessidade de prevenção, por exemplo, Ministério da Saúde, 2008) e à crença da morte como consequência lógica da doença.

Já com relação aos elementos citados como mais importantes pelos participantes, os do grupo com mais conhecimento citaram os elementos sexo, preservativo e prevenção, diferente do grupo com menos conhecimento apenas pelo elemento sexo. Acredita-se que o grupo com mais conhecimento vinculou mais que o outro grupo o sexo ao uso do preservativo como forma de prevenção devido ao conhecimento sobre o sexo como principal via de transmissão do HIV. Enquanto o grupo com menos conhecimento priorizou como importantes representativos da aids os elementos preservativo e prevenção desvinculados, inicialmente, da atividade sexual e reproduzindo uma informação divulgada pelas campanhas informativas. A maior frequência de evocação da categoria conscientização por esse último grupo reforça essa idéia.

Além das associações visíveis através dos quadros de quadrantes da representação social da aids, as diferenças entre os participantes ficaram evidentes pelos testes de associação das frequências de evocação única aos grupos com mais e menos conhecimento científico. Mostraram-se associadas aos grupos, o que indica uma relação entre categorias representativas do conhecimento de senso comum com níveis de conhecimento científico, as categorias: tratamento, grupo de risco, drogas, dst, imunidade e sofrimento. Essas associações revelam as categorias que os grupos compartilham de forma semelhante e aquelas que eles exaltam mais ou menos que o outro grupo. Nesse mesmo sentido de relações entre categorias da representação social e níveis de conhecimento, a comparação da média de prontidão de evocação apontou que o elemento sintomas foi mais prontamente evocado pelos participantes do grupo com mais conhecimento científico.

O elemento sofrimento aparece mais frequentemente citado por participantes com menos conhecimento científico, dado semelhante ao encontrado por Camargo et al. (2007) para o elemento 'tristeza' em adolescentes com baixo nível de conhecimento científico. Nota-se a ênfase dada a um elemento de característica afetiva entre os

participantes com menos conhecimento, que pode estar relacionada ao desconhecimento das reais consequências da doença mediante as vias de tratamento atuais. Tal relação é fortalecida pela maior frequência, e inclusão no núcleo central da representação, do elemento morte pelo grupo com menos conhecimento, que destaca uma crença apartada do conhecimento científico sobre o tratamento e possibilidade de vida dos portadores de HIV/aids.

Os elementos tratamento, dst e imunidade foram mais frequentemente evocado por participantes do grupo com mais conhecimento científico sobre HIV/aids. Observa-se que esses elementos também foram mais frequentemente citados pelos participantes do grupo saúde. Isso sugere que a pertença grupal também esteja relacionada com essa variação na frequência da evocação entre os grupos, tal como ressaltam Moscovici (2003) e Wagner (1998) a respeito da formação de representações sociais, tendo em vista que o grupo saúde obteve maiores escores no teste de conhecimento.

Além disso, os elementos referem-se a noções oriundas do conhecimento científico como (1) a possibilidade de tratamento para a doença, elemento encontrado também por Ribeiro et al. (2004) para enfermeiras, por Ribeiro et al. (2006) para médicos e enfermeiros e Ribeiro, Coutinho, Saldanha e Azevedo (2006) para profissionais de saúde que atuam com doentes de aids. (2) Uma terminologia classificatória da aids como uma doença sexualmente transmissível (dst), categoria encontrada também por Castanha e Araújo (2006) para agentes de saúde. E (3) a uma consequência da atuação do HIV no organismo: destruição do sistema imunológico.

Ademais, a maior prontidão de evocação da categoria sintomas pelo grupo com mais conhecimento ressalta essa ênfase em elementos provenientes do universo reificado na representação social da aids. Corroborando essa hipótese, as categorias grupo de risco e drogas também apresentaram maior frequência de evocação entre os participantes do grupo com mais conhecimento científico. Essas categorias suscitam um conhecimento acerca da origem da epidemia da aids e de uma forma de contaminação hoje não enfatizada pelas campanhas preventivas, além de uma referência a pessoas estigmatizadas pelo vírus, que sugere um conhecimento histórico da doença.

Observou-se que as representações sociais apresentaram elementos associados aos grupos formados a partir das variáveis sociodemográficas e dos níveis de conhecimento, e a hipótese de que essas associações revelam uma maior exposição ao conhecimento

científico sobre HIV/aids pelos participantes dos grupos mostrou-se coerente. Também é razoável acreditar que esses grupos formados *a posteriori* não se caracterizem como grupos propriamente ditos (com objetivos em comum e capazes de compartilhar informações); e, portanto, as associações encontradas se devam a fatores outros que não a comunicação entre eles, comunicação esta, componente chave para formação de representações sociais (Moscovici, 1981). De toda forma, a relação entre as representações sociais e os grupos, neste caso, tem ligação com a socialização e a dimensão normativa do conhecimento, o que implica em comunicação social de ordem midiática e aquela que ocorre derivada da condição de múltiplo pertencimento a grupos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo deste estudo foi identificar as relações entre as representações sociais da aids e níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids. Observou-se que essas relações mostraram-se possíveis de serem estabelecidas, de modo que pessoas com diferentes níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids destacaram elementos diferenciados como representativos da aids no núcleo central da representação social, além disso também evocaram com frequência e ordem diferenciada. As relações sugeriram que aqueles com maiores níveis de conhecimento científico apresentaram uma representação social da aids permeada de elementos que refletem esse conhecimento, enquanto os com menos conhecimento científico exaltaram elementos de características afetivas e reprodutoras de informação midiática.

A fim de alcançar o objetivo principal deste estudo, elaborou-se um teste de conhecimento científico sobre HIV/aids que se mostrou confiável para aferir o construto e válido para se estabelecerem novas mensurações. Tendo em vista que os resultados desta pesquisa apontaram para uma disseminação do conhecimento acerca das formas de prevenção do HIV no senso comum, pensa-se que um instrumento que avalie de forma global o conhecimento sobre HIV/aids (que inclua outras dimensões do conhecimento, além de transmissão e prevenção) possa produzir dados mais abrangentes sobre os níveis de conhecimento científico das populações investigadas. Assim, julga-se que essa tecnologia possa ser aproveitada em novas pesquisas sobre o tema, bem como em demais estudos em que os níveis de conhecimento científico sobre HIV/aids sejam pesquisados.

O estudo evidenciou dificuldades em estabelecer o núcleo central e sistema periférico da representação social através da estratégia dos quadrantes. Salientou-se que a determinação de um elemento como pertencente a um dos quadrantes não obedece a critérios estatisticamente seguros, como um cálculo de proporção de frequência de evocação e teste de diferenças de médias de ordem de evocação. Dessa forma, elementos poderiam deixar de ocupar um quadrante e pertencer a outro por pequenas variações de evocação de poucos participantes. Sobretudo para comparar grupos, essa técnica apresentou-se apenas aproximativa da realidade. De outro modo, o estabelecimento de associações (através de testes estatísticos) entre elementos evocados e os grupos comparados mostrou-se mais confiável, entretanto não atinge o objetivo de detecção de núcleo central e sistema periférico.

Outra limitação do estudo refere-se ao estabelecimento de relações entre o conhecimento, seja de senso comum ou científico, e comportamentos. Não foi objetivo investigar, nesta pesquisa, essas relações; contudo, considera-se importante obter-se mais dados empíricos sobre isso. Considerando que a via de contaminação mais frequente do HIV é a sexual e a conseqüente forma de prevenção perpassa por comportamentos das pessoas, verificar ligações entre variáveis cognitivas e comportamentais mostra-se fundamental na busca de estratégias preventivas eficazes. A esse respeito, nota-se que existem modelos sobre previsão de comportamento testados empiricamente que se apresentam como boas fontes de variáveis a serem investigadas.

Por fim, verificamos que para a população pesquisada neste estudo os elementos mais importantes assinalados como representativos da aids são aqueles ligados à prevenção. Esses elementos também já foram apontados por outras pesquisas como salientes no senso comum, isso associado aos níveis de conhecimento da população sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV observados neste e em outros estudos, sugere que as pessoas saberiam o que fazer para evitar o contágio por HIV. Considerando os dados que revelam o Brasil como um dos países onde o número de casos de pessoas contaminadas por HIV é expressivo e no decorrer dos anos aumenta, destaca-se que as estratégias preventivas adotadas no país poderiam ter mais sucesso em termos de mudança de comportamento, no sentido de favorecer a adoção de práticas preventivas, se salientassem outras variáveis cognitivas relacionadas ao comportamento (como atitudes, auto-eficácia, normas sociais vigentes), além do fornecimento de informações sobre transmissão e prevenção.

8. REFERÊNCIAS

- Abbad, G., & Torres, C. V. (2002). Regressão múltipla stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. *Estudos de Psicologia*, 7 (especial), 19-29.
- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. de Oliveira (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Abric, J. C. (2001). O estudo experimental das representações sociais. In D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp. 155-171). Rio de Janeiro: UERJ.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 62, 27-68.
- Almeida, A. D. L., Silva, C. F., Cunha, G. S. (2007). Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre sida dos adolescentes portugueses do meio urbano e não-urbano. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 180-186.
- Andrade, L. S., & Nóbrega-Therrien, S. M. (2005). A sexualidade masculina e a vulnerabilidade ao HIV/aids. *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 17(2), 121-126.
- Ayres, J. R. C. M., França, I. J., Calazans, G. J., & Saletti, H. C. F. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In R. M. Barbosa, R. Parker (Orgs.), *Sexualidades pelo avesso: direitos identidades e poder* (pp. 49-72). São Paulo: Ed. 34.
- Azevedo, R. L. W., Fonseca, A. A., Coutinho, M. P. L., & Saldanha, A. A. W. (2006). Representações sociais da adolescente feminina acerca da sexualidade em tempo de aids. *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 18(13), 204-210.
- Barbará, A.; Sachetti, V. A. R., & Crepaldi, M. A. (2005). Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. *Interação em Psicologia*, 9(2), 331-339.

Bauer, M. (1994). A popularização da ciência como imunização cultural: A função das representações sociais. In S. Jovtchelovitch & P. Guareschi. (Orgs.), *Textos em representações sociais* (pp. 229-257). Petrópolis: Vozes.

Brasileiro, M., & Freitas, M. I. F. (2006). Representações sociais sobre aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5).

Buchalla, C. M. (1995). AIDS: o surgimento e a evolução da doença. In: Monteiro, C. A. (Org.), *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças* (pp. 331-356). São Paulo: Hucitec: Nupens/USP.

Camargo Júnior, K. R. (1994). *As ciências da AIDS & a AIDS das ciências: discurso médico e a construção da AIDS*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Camargo Júnior, K. R. (1999). Políticas públicas e prevenção em HIV/AIDS. In: Parker, R., Galvão, J., Bessa, M. *Saúde desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil* (pp. 227-262). São Paulo: Ed 34.

Camargo, B. V., & Bertoldo, R. B. (2006). Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. *Estudos de psicologia*, 23(4).

Camargo, B. V., & Botelho, L. J. (2007). Aids, sexualidade e atitudes sobre a proteção contra o HIV. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 61-68.

Camargo, B. V. (2000). Sexualidade e representações sociais da Aids. *Revista de Ciências Humanas. Especial temática*, 3, 97-110.

Camargo, B. V., Barbará, A. & Bertoldo, R. B. (2005). Um instrumento de medida da dimensão informativa da representação social da aids [Trabalho Completo]. *IV Jornada Internacional e II Conferência Brasileira sobre Representações Sociais: Teoria e Abordagens Metodológicas*. João Pessoa: JIRS.

Camargo, B. V., Barbará, A. & Bertoldo, R. B. (2007). A influência de vídeos documentários na divulgação científica sobre aids. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 21(2), 179-185.

Camargo, B. V., Barbará, A. & Bertoldo, R. B. (2008). Concepção pragmática e científica dos adolescentes sobre a aids. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 277-284.

Camargo, B. V., Botelho, L. J. & Souza, E. S. B. (2001). AIDS, sexualidade e atitudes sobre a proteção contra o HIV: Um estudo descritivo com adolescentes do nível médio da rede de ensino (relatório técnico de pesquisa). Florianópolis: UFSC/ LACCOS.

Camargo, B., & Barbará, A. (2004). Efeitos de panfletos informativos sobre a aids em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 279-287.

Carey, M. P. & Schroder, K. E. E. (2002). Development and psychometric evaluation of the brief hiv knowledge questionnaire. *AIDS Education and Prevention*, 14(2), 172-182.

Carey, M. P., Morrison-Beedy, D. & Johnson, B. T. (1997). The hiv-knowledge questionnaire: Development and evaluation of a reliable, valid, and practical self-administered questionnaire. *AIDS and Behavior*, 1(1).

Castanha, A. R., & Araújo, L. F. (2006). Representações sociais de agentes comunitários de saúde acerca da aids. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(1), 17-30.

Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W., & Ribeiro, C. G. (2006). Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais. *PSICO*, 37(1), 47-56.

Castañon, G. A. (2004). Pós-modernismo e política científica na psicologia contemporânea: uma revisão crítica *Temas em Psicologia da SBP*, 12(2), 155-167.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.

Dab, W.; Moatti, J. P.; Quenel, P.; Beltzer, N. & Anes, A. (1992). Evolution de la perception sociale du sida en Ile-de-France (1987-1990). *Santé publique*, 4(1), 4-13.

Delor, F. & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept vulnerability. *Soc Sci Méd*, 50(11).

Doise, W. (2001). Cognições e representações sociais: a abordagem genética. In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais* (pp. 301- 320). Rio de Janeiro: UERJ.

Farr, R. M. (1998). *As raízes da psicologia social moderna (1872-1954)*. Petrópolis: Ed. Vozes.

Ferreira, M. P. (2003). Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 213-222.

Ferreira, M. P. (2008). Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 65-71.

Flament, C. (2001). Estrutura e dinâmica das representações sociais. In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais* (pp. 173-186). Rio de Janeiro: UERJ.

Flores-Palacios, F., & Leyva-Flores, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Publica de México*, 45(5), 624-631.

Galliano, A. G. (1979). O conhecimento. In Galliano, A. G. (1979). *O método científico teoria e prática*. São Paulo: HARBRA.

Giacomozzi, A. I., & Camargo, B. V. (2004). Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da aids. *Psicologia: Teoria e Prática*, 6(1), 31-44.

Goodwin, R., Kozlova, A., Kwiatkowska, A., Luu, L. A. N., Nizharadze, G., Realo, A., Külvet, A., & Rämmer, A. (2003). Social representations of HIV/AIDS in central and eastern Europe. *Social Science e Medicine*, 56, 1373-1384.

Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.), *As representações Sociais* (pp. 17-29). Rio de Janeiro: Eduerj.

Kalipeni, E. (2000). Health and disease in southern Africa: a comparative and vulnerability perspective. *Soc Sci.* 50(7/8).

Kelly, J. A., Lawrence, J. S., Brasfield, T. L., & Hood, H. V. (1988). An objective measure of AIDS risk knowledge: Scale development, validation, and norms. *Paper presented at the Fourth International Conference on AIDS*, Stockholm, Sweden.

Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2, 151-60.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. (2006). *Metodologia científica*. São Paulo: Atlas.

Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: ARTMED.

Lazzarotto, A. R., Kramer, A. S., Hädrich, M., Tonin, M., Caputo, P., & Sprinz, E. (2009). O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, 13(6), 1833-1840.

Lima, A. L. M., Kiffer, C. R., Uip, D., Oliveira, M. S., & Leite, O. M. (1996). *Perguntas e respostas HIV/AIDS*. Ed: Atheneu.

Madeira, M. C. (1998). A confiança afrontada: representações sociais da Aids para jovens. Em D. Jodelet & M. Madeira (Orgs.), *AIDS e representações sociais: à busca de sentidos* (pp. 17-46). Natal: EDUFRN.

Mann, J., & Tarantola, D. J. M. (1996). *AIDS in the World II*. New York: Oxford University Press, USA.

Mann, J., Tarantola, D. J. M., Netter, T. (1993). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Martins, A. T., Nunes, C., Muñoz-Silva, A., & Sánchez-Garcia, M. (2008). Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva. *PSICO*, 39(1), 7-13.

Martins, L. B. M., Costa-Paiva, L. H. S., Osis, M. J. D., Sousa, M. H., Pinto-Neto, A. M. & Tadini, V. (2006). Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2).

Marques, S. C., Oliveira, D. C., & Francisco, M. T. R. (2003). Abordagem estrutural das representações sobre a aids entre os servidores de um hospital universitário. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 7(2), 186-195.

Marques, S. C., Oliveira, D. C., & Gomes, A. M. T. (2004). Aids e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. *Psicologia: Teoria e Prática*, ed. Especial, 91-104.

Ministério da Saúde Brasil. (1987). *Revista Tema: medo e realidade o que é AIDS?* Número Especial "AIDS". Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Ministério da Saúde Brasil. (2003). *Faça o teste da AIDS*. Brasília, DF: Programa Nacional DST e AIDS.

Ministério da Saúde Brasil. (2004). *Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C*.

Ministério da Saúde Brasil. (2009). *Boletim Epidemiológico - Aids e DST*. Versão preliminar.

Ministério da Saúde Brasil. (2008). *Resposta positiva: a experiência do Programa Brasileiro de DST e Aids*. PN-DST/Aids.

Ministério da Saúde Brasil. (2008a). *Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira de 15 a 64 anos de idade*, 2008.

Ministério da Saúde Brasil. (2007). *Boletim Epidemiológico - Aids e DST*. Ano IV - nº 1 - 27ª - 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2006, Ano IV - nº 1 - 01ª - 26ª - semanas epidemiológicas -

janeiro a junho de 2007. Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids.

Morin, M. & Vergès, P. (1992). Enquête sur une représentation en voie d'émancipation: le sida pour les jeunes. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 15, 46-75.

Moscovici, S. (1981). On social representation. In. Forgas, J. P. (Org.). *Social Cognition* (181-209). London: European Association of Experimental Social Psychology/Academic Press.

Moscovici, S. (2003). O fenômeno das representações sociais. In S. Moscovici, *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social* (pp. 7-109). Petrópolis: Vozes.

Newell, M.; Bärnighausen, T.; Bailey, R. C.; Moses, S.; Parker, C. B.; Agot, K.; Maclean, I.; Krieger, J. N.; Williams, C. F. M. Campbell, R. & Ndinya-achola, J. O. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 369(9562).

Oltramari, L. C., & Camargo, B. V. (2004). Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a aids. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 317-323.

Paicheler, G. (1999). General population and HIV prevention: from risk to action. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2).

Palma, A., & Mattos, U. A. O. (2001). Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. *Revista História Ciência e Saúde*, 8(3), 567-590.

Palácios, F. F., & Alba, M. (2006). El SIDA y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales. *Salud Mental*, 29(3), 51-59.

Paris, S. M. J. (1999). Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina. *Folha Médica UNIFESP*, 18(1).

Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM/ IBAPP.

Pasquali, L. (2001). *Técnicas de exame psicológico – TEP: manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.

Pinto, M. E., & Struchiner, C. J. (2006). A diversidade do HIV-1: uma ferramenta para o estudo da pandemia. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(3), 473-484.

Popper, K. (1975). *A lógica da investigação científica*. São Paulo: Abril Cultural.

Ribeiro, C. G., Coutinho, M. P. L., & Saldanha, A. A. W. (2004). Estudo das representações sociais sobre a aids por profissionais de saúde que atuam no contexto da soropositividade para o HIV. *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16(4), 14-18.

Ribeiro, C. G., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W., & Azevedo, R. L. V. (2006). Concepções da aids: o que pensam os profissionais e os pacientes? Concepção da aids. *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 18(3), 185-189.

Ribeiro, C. G., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W., & Castanha, A. R. (2006). Profissionais que trabalham com aids e suas representações sociais sobre o atendimento e o tratamento. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 75-81.

Ribeiro, C. G., Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., & Saldanha, A. A. W. (2005). A aids e suas contradições: representações sociais de seu atendimento e tratamento pelos profissionais e pacientes. *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 17(2), 127-132.

Rodrigues, M. P., Sobrinho, M. D., & Silva, E. M. (2005). Os cirurgiões-dentistas e as representações sociais da aids. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(2), 463-472.

Rouquette, M. L. (1998). Representações e práticas sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. de Oliveira. (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 39-46). Goiânia: AB.

- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Sampiere, H., Collado, F., & Lucio, B. (1994). *Metodología de la Investigación*. Graw Hill: Colombia.
- Seffner, F. (1998). Aids e(é) falta de educação. In: SILVA, L. H. (Org.). *A Escola Cidadã no Contexto da Globalização*. Petrópolis: Vozes.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1995). *Psicologia social e saúde*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Thiengo, M. A., Oliveira, D. C., & Rodrigues, B. M. R. D. (2002). Adolescentes, Aids e práticas de proteção: uma abordagem estrutural das representações sociais. *Revista de enfermagem*, 10(2), 81-84.
- Trajman, A., Belo, M. T., Teixeira, E. G., Dantas, V. C. S. Salomão, F. M., & Cunha, A. J. L. A. (2003). Conhecimento sobre DST/AIDS e comportamento sexual entre estudantes do ensino médio no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 19(1), 127-133.
- Torres, G. V., & Ruffino, M. C. (2001). Competência técnica na prevenção do hiv/aids: validação de um instrumento. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(6):7-12
- Tura, L. F. R. (1998). AIDS e estudantes: a estrutura das representações sociais. In D. Jodelet & M. Madeira (Orgs.), *AIDS e representações sociais: à busca de sentidos* (pp. 121- 154). Natal: EDUFERN.
- Vala, J. (1996). Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social. In J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia social* (pp. 353-384). 2ª Ed. Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Wachelke, J. F. R., & Camargo, B. V. (2007). Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Revista interamericana de psicologia*, 41(3), 379-390.
- Wagner, W. (1998). Sócio-gênese e características das representações sociais. In A. S. P. Moreira, & D. C. de Oliveira. (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 3-25). Goiânia: AB.

WHO. (2008). Report on the global HIV/AIDS epidemic. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Worobey, M; Gemmel, M; Teuwen, D. E.; Haselkorn, T.; Kunstman, K.; Bunce, M.; Muyembe, J.; Kabongo, J. M.; Kalengayi, R. M.; Marck, E. V.; , Gilbert, M. T. P. & Wolinsky, S. M. (2008). Direct evidence of extensive diversity of HIV-1 in Kinshasa by 1960. *Nature* 455, 661-664.

9. LISTA DE FIGURAS

Título	Página
Figura 1. Quadrantes RS da aids para todos os participantes.	64
Figura 2. Associações entre categorias RS da aids e sexo dos participantes.....	65
Figura 3. Associações entre categorias RS da aids e escolaridade dos participantes.....	66
Figura 4. Associações entre categorias RS da aids e grupo saúde/não-saúde.....	68
Figura 5. Escores de acertos por escolaridade e grupo saúde/não-saúde.....	70
Figura 6. Quadrantes RS da aids para participantes com conhecimento sobre HIV/aids acima da média.....	74
Figura 7. Quadrantes RS da aids para participantes com conhecimento sobre HIV/aids abaixo da média.....	75
Figura 8. Associações entre categorias RS da aids e grupo mais conhecimento/menos conhecimento.....	76

10. LISTA DE TABELAS

Título	Página
Tabela 1. Itens do teste de conhecimento científico sobre HIV/aids, origem dos itens, gabarito, fonte do gabarito, dimensão a que o item pertence e número de itens da dimensão.....	42
Tabela 2. Categorias elaboradas, palavras que compõem a categoria e frequência de evocação.....	56
Tabela 3. Categorias elaboradas, frequência de participantes que as citaram e média de prontidão de evocação.....	63
Tabela 4. Escores e proporções de acerto para cada dimensão do teste de conhecimento científico HIV/aids.....	69
Tabela 5. Índices regressão linear múltipla, variáveis preditoras do conhecimento científico sobre HIV/aids.....	71
Tabela 6. Frequências e médias de prontidão de evocação das categorias RS da aids por grupo mais conhecimento e menos conhecimento científico.....	72

11. APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de entrevista (RE)

Dados sociodemográficos

1. Idade?
2. Sexo?
3. Escolaridade?
4. Estado civil?
5. Ocupação?
6. Local onde vive - cidade?
7. Local de nascimento - cidade?
8. Onde costuma buscar informações sobre saúde e doenças?

9. *Conhecimento sobre aids e HIV*
10. *Dimensão 1 (D1) - Descrição da aids e HIV*
11. O que é aids?
12. Quais as suas características?
13. O que diferencia a aids de uma outra doença?
14. O que é HIV?
15. Quais as suas características?

16. *Dimensão 2 (D2) - História da doença e HIV*
17. Como surgiu a aids?
18. Como surgiu o HIV?
19. O que fez a aids aparecer?

20. *Dimensão 3 (D3) - Formas de contágio e prevenção do HIV*
21. Como ocorre a infecção (contaminação) pelo HIV?
22. Quais as formas de se prevenir do contágio por HIV?
23. Que cuidados uma grávida HIV positivo deve tomar?

24. *Dimensão 4 (D4) - Sintomatologia da aids e funcionamento do HIV*
25. Como funciona o HIV quando entra em contato com o organismo humano?
26. Quais são os sintomas da aids?
27. O que a aids provoca no organismo?

28. *Dimensão 5 (D5) - Tratamento da aids e controle HIV*
29. Quais as formas de tratamento da aids?
30. Quando uma pessoa deve iniciar o tratamento da aids?
31. Como você pensa que é a vida de alguém que convive com HIV, em termos de tratamento e perspectivas futuras?

32. *Dimensão 6 (D6) – Epidemiologia*
33. Quem são as pessoas mais atingidas pela aids atualmente?
34. O que você acha que contribui para redução da contaminação da aids?

Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido entrevista.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Conhecimento científico e representações sociais sobre aids

Pesquisador: Jean Carlos Natividade & Orientador: Brígido Vizeu Camargo

1. Natureza da pesquisa: Você está convidado a participar desta pesquisa, que tem como finalidade investigar aspectos gerais sobre a vida e também relacionados ao tema HIV/Aids em pessoas com mais de 18 anos de idade.
2. Participantes da pesquisa: Além de você, participarão dessa pesquisa outras 9 pessoas maiores de 18 anos de idade.
3. Envolvimento na pesquisa: Ao participar deste estudo, você deve permitir que um membro desta pesquisa entreviste você. As entrevistas serão realizadas em local livre da interferência de outras pessoas, além de você e o pesquisador. É previsto um único contato com cada participante, que deve durar mais ou menos uma (1) hora. Como se trata de um tema que pode trazer algumas lembranças e sentimentos talvez desconfortáveis, será oferecido ao final da entrevista um espaço para você falar livremente o que quiser. Caso seja necessário, poderá ser feito um encaminhamento para clínicas ou ambulatórios de atendimento especializados. Você tem a liberdade de se recusar a participar e pode, ainda, se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. No entanto, solicitamos sua colaboração em completar o roteiro de perguntas que lhe será solicitado, garantindo assim o melhor resultado para a pesquisa. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderá entrar em contato com o pesquisador Jean Carlos Natividade através do telefone (48) 9162-2223 ou com o orientador da pesquisa Brígido Vizeu Camargo através do telefone (48) 3721-9067, ou ainda através do e-mail pesquisadeaids@gmail.com.
4. Sobre a entrevista: A entrevista terá hora e local marcados com antecedência. Será pedido que você forneça algumas informações sobre a sua vida e que responda a um roteiro de perguntas previamente elaboradas, de acordo com sua opinião.
5. Riscos e desconforto: A participação nesta pesquisa não traz complicações legais, talvez, apenas, a lembrança de alguns eventos diante da temática que será abordada. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade.
6. Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os questionários serão identificados com um código, e não com o seu nome. Apenas os pesquisadores terão conhecimento dos dados.
7. Benefícios: Ao participar dessa pesquisa você estará contribuindo para o incremento do conhecimento científico sobre o tema em questão. aparentemente você não terá nenhum benefício direto, entretanto esperamos converter os resultados desse trabalho em ações benéficas para toda a população.
8. Pagamento: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.
9. Este projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número de protocolo 200/09. Para maiores informações disponibilizamos o telefone (48) 3721-9000.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Assim, preencha os itens que se seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

Nome do participante da pesquisa

Local e Data

Assinatura da participante da pesquisa

Apêndice C – Roteiro de perguntas para construção dos itens de conhecimento científico (RC)

Conhecimento sobre HIV e aids

Dimensão 1 (D1) - Descrição do HIV e aids

1. O que é aids?
2. O que a aids faz no organismo?
3. Quais as características da aids?
4. O que é HIV?
5. O que acontece quando o organismo entra em contato com o HIV?
6. Quanto tempo o HIV sobrevive em ambiente externo?
7. Qual o tempo de sobrevivência de um indivíduo portador do HIV?

Dimensão 2 (D2) - História da doença e HIV

8. Como surgiu a aids?
9. Onde apareceu o primeiro caso aids?
10. De onde veio o HIV?
11. Quando o HIV apareceu?
12. O que fez a aids aparecer?

Dimensão 3 (D3) - Formas de contágio e prevenção do HIV

13. Como ocorre a infecção (contaminação) pelo HIV?
14. De que formas pode ocorrer a contaminação?
15. Quais as formas de se prevenir do contágio por HIV?
16. Como o vírus da aids pode ser transmitido?
17. O que é janela imunológica?
18. Numa relação sexual desprotegida com um indivíduo soropositivo é possível que o parceiro não seja infectado?
19. A prática do sexo anal sem proteção implica risco de contaminação para ambos os parceiros?
20. A prática da masturbação com parceiro eventual implica risco de contágio pelo HIV?
21. Qual o risco de contágio com aparelhos cortantes como aparelhos de barbear, brincos, alicates e piercings?
22. Mesmo com a ausência de ejaculação durante o ato sexual é possível ser infectado pelo HIV?
23. O beijo, no caso de um dos parceiros ter feridas ou fissuras na boca, é uma via de contágio?
24. A prática do sexo oral sem proteção implica risco de infecção pelo HIV?
25. A existência de ferimentos e machucados nos genitais aumenta o risco de contágio?
26. Que cuidados devem ser tomados para garantir que a camisinha masculina seja usada corretamente?
27. Por que o preservativo estoura, em algumas situações, durante o ato sexual?
28. A camisinha é mesmo impermeável ao vírus da aids?
29. Quando a camisinha estoura, que atitude deve ser tomada?
30. Qual o procedimento adequado para uma grávida HIV positivo?

Dimensão 4 (D4) - Sintomatologia da aids e funcionamento do HIV

31. Quais são os sintomas da aids?
32. O que a aids provoca no organismo?
33. A ausência de sintomas evidentes da doença exclui a possibilidade de haver infecção pelo HIV?
34. Após a infecção pelo HIV, quanto tempo pode demorar até a manifestação dos primeiros sintomas da aids em si?

35. O que é fase aguda da infecção pelo HIV?
36. Se a pessoa contrai o vírus da aids, quais são e quando surgirão os primeiros sinais dessa infecção pelo HIV?
37. Como funciona o HIV quando entra em contato com o organismo humano?
38. Para se fazer o diagnóstico de uma possível infecção pelo HIV, que período de tempo deve-se esperar para fazer o teste de aids?
39. O que é sistema imunológico?
40. O que é carga viral?
41. Que teste detecta o vírus da aids?

Dimensão 5 (D5) - Tratamento da aids e controle HIV

42. Quais as formas de tratamento da aids?
43. Quando uma pessoa deve iniciar o tratamento da aids?
44. Que relações você estabelece entre carga viral e o tratamento da aids?
45. Como você pensa que é a vida de alguém que convive com HIV, em termos de tratamento e perspectivas futuras?
46. Onde se deve ir para se tratar de aids?
47. Onde se faz o exame de aids?

Dimensão 6 (D6) – Epidemiologia

48. Quantidade de pessoas vivendo com aids hoje no mundo?
49. Quantidade de pessoas vivendo com aids hoje no Brasil?
50. Quantidade de pessoas vivendo com aids em Santa Catarina?
51. Quais os 10 municípios com maior número de incidência em Santa Catarina?
52. Quem foram as pessoas mais atingidas pela aids no início da epidemia?
53. Quem são as pessoas mais atingidas pela aids agora?
54. Quais os países mais afetados pela aids no mundo?
55. Que estratégias têm dado resultado para redução da epidemia?

Apêndice D – Questionário de pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Ao preencher esse questionário você estará contribuindo com uma pesquisa científica. Para respondê-lo você precisa preencher os campos indicados abaixo, seguindo as etapas. O preenchimento completo do questionário leva em média 30 minutos, exige **concentração e atenção**. Não buscamos respostas certas ou erradas, e sim sua **opinião sincera** sobre as perguntas. Essa pesquisa é anônima e seus dados serão mantidos em sigilo.

ETAPA 1

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____ anos.

Escolaridade: _____ Curso: _____ Série/fase/período: _____

Ocupação/profissão: _____

Quanto ganha por mês (mais ou menos): R\$ _____

Estado civil: _____ Tem namorada(o)? () Sim () Não

ETAPA 2

Escreva abaixo as cinco (5) primeiras palavras ou expressões que você pensar ao ler a palavra: **aids**.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

ETAPA 3

Entre as palavras que escreveu acima, **escolha as duas palavras** mais importantes e **faça um X ao lado dela** (ou circule-a).

ETAPA 4

Agora lhe será apresentada uma série de frases e você terá que dizer se cada uma delas é VERDADEIRA (V) ou FALSA (F). Caso não saiba se ela é Verdadeira ou Falsa, assinale a opção “Não sei”.

Frases:	Verdadeira	Falsa	
1. A aids é uma doença.	V	F	Não sei
2. Atualmente, no Brasil, a via mais frequente de contaminação pelo HIV é a relação sexual homem com homem.	V	F	Não sei
3. O primeiro caso de aids registrado no mundo foi nos Estados Unidos.	V	F	Não sei
4. Uma mulher com HIV não pode transmitir o vírus para um homem, através de uma relação sexual com penetração (vagina-pênis).	V	F	Não sei
5. O tratamento para a aids contribui para a recuperação do sistema imunológico da pessoa doente.	V	F	Não sei
6. É possível dizer se uma pessoa é portadora do vírus da aids ao olhar	V	F	Não sei

para ela.			
7. O vírus da aids já existe no mundo há mais de 50 anos.	V	F	Não sei
8. Aids e HIV são a mesma coisa.	V	F	Não sei
9. Já foi encontrado HIV na urina de pessoas com aids.	V	F	Não sei
10. Lavar as regiões genitais após uma relação sexual evita a contaminação pelo vírus da aids.	V	F	Não sei
11. A aids é uma doença com vários sintomas.	V	F	Não sei
12. Pode existir HIV no sêmen de um homem portador do vírus da aids.	V	F	Não sei
13. Se uma gota de sangue contaminado com HIV cair sobre mucosas como as dos olhos, boca, pênis ou vagina de uma pessoa, essa pessoa pode ser infectada pelo vírus da aids.	V	F	Não sei
14. Os medicamentos para tratamento da aids destroem o HIV.	V	F	Não sei
15. Geralmente os sintomas iniciais da aids são: febre, calafrios, dor de cabeça, dor de garganta, dores musculares, manchas na pele, aparecimento de ínguas.	V	F	Não sei
16. Se um inseto picar uma pessoa que tenha HIV e depois picar alguém que não tenha, poderá infectar essa pessoa.	V	F	Não sei
17. HIV é uma sigla que, em português, significa: vírus da imunodeficiência humana.	V	F	Não sei
18. Pode existir HIV nas secreções vaginais de uma mulher portadora do vírus da aids.	V	F	Não sei
19. Os remédios para aids inibem a multiplicação do HIV no organismo.	V	F	Não sei
20. Se uma pessoa se contaminar com o vírus da aids hoje, pode levar até três meses para produzir antígenos suficientes para acusar a contaminação nos exames mais comuns de laboratório.	V	F	Não sei
21. Em uma relação sexual entre homem e mulher (pênis-vagina), caso algum deles tenha o HIV, é mais fácil a mulher ser contaminada do que o homem.	V	F	Não sei
22. Se uma pessoa tem o vírus da aids, certamente ela tem manchas vermelhas na pele.	V	F	Não sei
23. Existem, pelo menos, dois tipos de HIV: o HIV-1 e o HIV-2.	V	F	Não sei
24. Acredita-se que o HIV originou-se no continente americano.	V	F	Não sei
25. O Brasil é um dos países com menor número de casos de aids no mundo.	V	F	Não sei
26. HIV é um vírus.	V	F	Não sei
27. Pode existir HIV no sangue de uma pessoa portadora do vírus da aids.	V	F	Não sei
28. Existem pessoas que têm contato sanguíneo ou sexual com HIV, mas não se contaminam.	V	F	Não sei
29. O primeiro caso registrado de aids no mundo foi em 1981.	V	F	Não sei
30. Hoje em dia, o maior número de casos de aids no Brasil está entre as mulheres.	V	F	Não sei
31. Se um objeto que entrou em contato com o sangue de uma pessoa com aids for esterilizado, ele não será capaz de transmitir o HIV.	V	F	Não sei
32. A aids é causada pelo vírus conhecido por HIV.	V	F	Não sei
33. Homens circuncidados (aqueles que retiraram parte da pele que cobre a glândula do pênis) têm menos chance de se contaminarem por HIV através do sexo.	V	F	Não sei
34. A aids tem tratamento.	V	F	Não sei
35. Acredita-se que o HIV surgiu a partir de um vírus de macacos africanos.	V	F	Não sei
36. O vírus da aids pode ser transmitido através do leite materno.	V	F	Não sei
37. É possível o HIV permanecer ativo (com capacidade de contaminar)	V	F	Não sei

por até 15 dias, fora do corpo humano.			
38. A aids não tem cura.	V	F	Não sei
39. O uso de agulhas e seringas descartáveis é uma forma de evitar o contágio por HIV.	V	F	Não sei
40. Uma pessoa com aids pode apresentar emagrecimento rápido.	V	F	Não sei
41. Há registros de casos de contaminação do HIV pela saliva, através de um beijo.	V	F	Não sei
42. Nosso organismo consegue produzir anticorpos (defesas) contra o vírus da aids.	V	F	Não sei
43. Foi no ano 1983 que identificaram o vírus que causa a aids.	V	F	Não sei
44. Se um homem que tenha o HIV fizer sexo com penetração sem preservativo com alguém, mas ejacular fora da vagina, anus ou boca não há possibilidade dele transmitir o vírus.	V	F	Não sei
45. De maneira geral, os medicamentos usados no tratamento da aids aumentam o tempo de vida das pessoas com a doença.	V	F	Não sei
46. Se uma pessoa se contaminasse com o vírus da aids hoje, somente daqui há três meses ela seria capaz de transmiti-lo a outra pessoa.	V	F	Não sei
47. O número de pessoas com aids no Brasil diminuiu, nos últimos 3 anos.	V	F	Não sei
48. O uso do preservativo (camisinha masculina ou feminina) é uma forma de se prevenir do contágio pelo vírus da aids.	V	F	Não sei
49. Não há possibilidade de existir HIV no leite materno de uma mulher portadora do vírus da aids.	V	F	Não sei
50. Se sangue com HIV cair sobre a pele intacta (sem cortes, feridas, aberturas) de uma pessoa, isso poderá contaminá-la.	V	F	Não sei
51. Uma pessoa com aids certamente está mais vulnerável a outras doenças.	V	F	Não sei
52. Uma mulher grávida e portadora do HIV pode transmitir o vírus para seu bebê.	V	F	Não sei
53. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids e ficar por até 10 anos sem manifestar sintomas relacionados à doença.	V	F	Não sei
54. Hoje em dia, há vacinas disponíveis nos serviços de saúde para as pessoas que desejam se proteger do vírus da aids.	V	F	Não sei
55. Se uma pessoa portadora do HIV tiver relação sexual com penetração (seja oral, vaginal, anal) com alguém que não tenha o vírus, certamente transmitirá o vírus para essa pessoa.	V	F	Não sei
56. No período entre 5 a 90 dias após a infecção pelo vírus da aids, a maioria das pessoas apresenta sintomas parecidos com o de uma gripe.	V	F	Não sei
57. A aids pode levar a morte.	V	F	Não sei
58. O HIV pode ser transmitido através de abraços.	V	F	Não sei
59. Aids é uma sigla que, em português, significa: síndrome da imunodeficiência adquirida.	V	F	Não sei
60. O vírus da aids pode ser transmitido da mulher grávida para seu bebê, durante a gestação.	V	F	Não sei
61. Se uma pessoa teve contato sanguíneo com o HIV, nada pode ser feito para evitar que ela se torne portadora do vírus.	V	F	Não sei
62. O vírus da aids pode ser transmitido através de relação sexual com penetração, seja vaginal, oral ou anal.	V	F	Não sei
63. Assim que uma pessoa descobrir que é portadora do HIV, deve começar a tomar os medicamentos para aids.	V	F	Não sei
64. Não há possibilidade de existir HIV na saliva de uma pessoa com aids.	V	F	Não sei
65. O HIV pode ser transmitido pelo suor.	V	F	Não sei
66. Se uma pessoa tem o HIV, certamente ela será muito magra.	V	F	Não sei

67. Atualmente, o maior número de casos de aids no Brasil está entre as pessoas com mais de 50 anos de idade.	V	F	Não sei
68. O vírus da aids precisa das células humanas para se multiplicar.	V	F	Não sei
69. Pode-se contrair o vírus da aids através de uma relação sexual oral (pênis/vagina/anus - boca/lingua).	V	F	Não sei
70. No momento que uma pessoa com HIV morre, o vírus no seu sangue torna-se inativo (incapaz de ser transmitido).	V	F	Não sei
71. Houve casos de contaminação pelo vírus da aids através da doação de sangue, em serviços de doação.	V	F	Não sei
72. As principais células que o HIV infecta são as que constituem o sistema imunológico (sistema de defesa do organismo).	V	F	Não sei
73. Acredita-se que o HIV originou-se a partir de um outro vírus: o SIV (vírus da imunodeficiência símia).	V	F	Não sei
74. Se uma pessoa tem o vírus da aids, certamente ela terá corrimento ou feridas na região genital (pênis, vagina ou anus).	V	F	Não sei
75. Se alguém com HIV se cortar com um aparelho de barbear e no minuto seguinte uma pessoa usar o mesmo aparelho e também se cortar com ele, existe possibilidade dessa pessoa ser infectada pelo vírus da aids.	V	F	Não sei
76. Com o passar do tempo o vírus da aids causa a destruição do sistema imunológico, na maioria das pessoas.	V	F	Não sei
77. Se uma mulher que tem o vírus da aids engravidar, certamente seu bebê nascerá com o vírus.	V	F	Não sei
78. Uma pessoa só pode ter aids se for portadora do HIV.	V	F	Não sei
79. Uma transfusão de sangue pode transmitir o vírus da aids.	V	F	Não sei
80. As células humanas mais atingidas pelo HIV são os linfócitos T.	V	F	Não sei
81. Desinfetantes como álcool, água oxigenada e hipoclorito de sódio (água sanitária) são capazes de destruir o vírus da aids presente em objetos.	V	F	Não sei
82. Se um bebê nasceu com HIV, certamente seu pai também tem o vírus.	V	F	Não sei
83. Uma pessoa só transmite o HIV se ela estiver doente de aids.	V	F	Não sei
84. Se duas pessoas virgens fizerem sexo com penetração (seja vaginal, anal ou oral), não existe a possibilidade de haver contaminação por HIV entre elas.	V	F	Não sei
85. Uma pessoa que já tenha o vírus da aids não pode ser contaminada novamente.	V	F	Não sei

Antes de entregar, por favor, verifique se preencheu todos os campos. Veja se não deixou algum item sem resposta. É muito importante que todos os itens estejam preenchidos.

Obrigado!

Para maiores informações ou contatos posteriores, disponibilizamos o e-mail: pesquisadeaids@gmail.com

Apêndice E - Termo de consentimento livre e esclarecido entrevista questionários.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Relações entre Representações Sociais e Conhecimento Científico sobre Aids.

Pesquisador: Jean Carlos Natividade

Orientador: Brígido Vizeu Camargo

1. Natureza da pesquisa: Você está convidado a participar desta pesquisa, que tem como finalidade investigar aspectos gerais sobre a vida e também relacionados ao tema HIV/Aids em pessoas com mais de 18 anos de idade.
2. Participantes da pesquisa: Além de você, participarão dessa pesquisa outras 599 pessoas maiores de 18 anos de idade.
3. Envolvimento na pesquisa: Ao participar deste estudo, você realizará o preenchimento de um questionário. O preenchimento precisa ser individual e com base em seus conhecimentos ou opinião. É previsto mais ou menos 30 minutos para o preenchimento. Você tem a liberdade de se recusar a participar e pode, ainda, se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. No entanto, solicitamos sua colaboração em completar o roteiro de perguntas que lhe será solicitado, garantindo assim o melhor resultado para a pesquisa. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderá entrar em contato com o pesquisador Jean Carlos Natividade através do telefone (48) 9162-2223 ou com o orientador da pesquisa Brígido Vizeu Camargo através do telefone (48) 3721-9067, ou ainda através do e-mail *pesquisadeaids@gmail.com*.
4. Sobre o questionário: Será pedido que você forneça algumas informações sobre a sua vida e que responda a outras perguntas previamente elaboradas, de acordo com seu conhecimento ou opinião.
5. Riscos e desconforto: A participação nesta pesquisa não traz complicações legais, talvez, apenas, a lembrança de alguns eventos diante da temática que será abordada. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade.
6. Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os questionários serão identificados com um código, e não com o seu nome. Apenas os pesquisadores terão conhecimento dos dados.
7. Benefícios: Ao participar dessa pesquisa você estará contribuindo para o incremento do conhecimento científico sobre o tema em questão. Aparentemente você não terá nenhum benefício direto, entretanto esperamos converter os resultados desse trabalho em ações benéficas para toda a população.
8. Pagamento: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.
9. Este projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número de protocolo 200/09. Para maiores informações disponibilizamos o telefone (48) 3721-9000.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Assim, preencha os itens que seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.


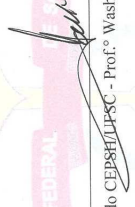
Local e Data

Nome do participante da pesquisa

Assinatura da participante da pesquisa

12. ANEXOS

ANEXO 1 – Certificado de aprovação comitê de ética.

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos	CERTIFICADO Nº 186
<p>O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP</p>	
APROVADO	
PROCESSO: 200/09	FR- 272378
TÍTULO: Relações entre representações sociais e conhecimento científico sobre HIV/Aids.	
AUTOR: Jean C. Natividade e Brígido Vizeu Camargo.	
DPTO.: CFH/UFSC	
FLORIANÓPOLIS, 29 de junho de 2009.	
 Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza	