



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LARISSA ANTUNES

**O PAPEL DOS ESTEREÓTIPOS NAS REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS COMPARTILHADAS POR ADOLESCENTES SOBRE  
AS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

Florianópolis  
2012



**LARISSA ANTUNES**

**O PAPEL DOS ESTEREÓTIPOS NAS REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS COMPARTILHADAS POR ADOLESCENTES SOBRE  
AS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

Dissertação submetida ao Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal de Santa  
Catarina, para obtenção do grau de  
mestre em Psicologia.

Orientador: Brigido Vizeu Camargo

Coorientadora: Andréa Barbará S.

Bousfield

Área de Concentração:

Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico

Linha de Pesquisa:

Cognição e Representações Sociais

Florianópolis

2012

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

A636p Antunes, Larissa

O papel dos estereótipos nas representações sociais compartilhadas por adolescentes sobre as pessoas que vivem com HIV/AIDS[dissertação]/ Larissa Antunes; orientador, Brígido Vizeu Camargo. - Florianópolis, SC, 2012.

115 p.: il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Representações sociais. 3. AIDS (Doença) - Aspectos psicológicos. 4. Estereótipo -(Psicologia). I. Camargo, Brígido Vizeu. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais pelo amor, por sempre me apoiarem e por acreditarem em mim, o que tornou possível a realização desta dissertação!

Ao meu orientador, Professor Brígido Vizeu Camargo, que admiro muito. Agradeço a confiança depositada em mim e por todos os ensinamentos desde a graduação e especialmente, as orientações nesses dois anos de trabalho. Obrigada por tudo!

À minha co-orientadora Professora Andréa Barbará Bousfield, pelo apoio na elaboração dessa dissertação, pelas suas valiosas contribuições e pela sua disponibilidade sempre que foi necessário! Muito Obrigada!

Aos membros da Banca Examinadora, Professor Luiz Fernando Rangel Tura e Mauro Luis Vieira, por aceitarem participar da banca e por contribuírem para a dissertação.

À todos os colegas do LACCOS, pela ajuda e apoio dados sempre que necessário no decorrer da dissertação e pelos bons momentos de descontração.

Aos colégios e aos adolescentes participantes, por aceitarem contribuir para a pesquisa e permitir sua realização.

Ao programa de Pós-Graduação em Psicologia e aos professores do Programa, pelo incentivo e dedicação aos alunos.

À CAPES, pela concessão de bolsa durante estes dois anos, o que possibilitou a realização do mestrado.

À todos os meus amigo(a)s, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse projeto, com muito apoio e paciência!

**Muito Obrigada a todos!**



Antunes, Larissa. (2012). O papel dos estereótipos nas representações sociais compartilhadas por adolescentes sobre as pessoas que vivem com HIV/aids. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

## RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo verificar os estereótipos presentes nas representações sociais de adolescentes sobre a aids e sobre as pessoas que vivem com HIV/aids. Trata-se de um estudo com delineamento descritivo e com corte transversal. Os participantes foram 300 adolescentes, estudantes de escolas públicas e particulares de Florianópolis. Utilizou-se como instrumento um questionário auto-aplicado, em situação coletiva, composto de 13 questões. O questionário era composto de perguntas abertas e fechadas, e foi submetido à um pré-teste antes do início da coleta de dados. As questões abertas estavam relacionadas às opiniões dos estudantes em relação a aids e às pessoas que vivem com HIV/aids, sendo esta última realizada através de um teste de evocação livre. As questões fechadas relacionavam-se ao conhecimento sobre a transmissão do HIV/aids, fontes de informação sobre prevenção e transmissão do HIV/aids, itens sobre preconceito e atitudes discriminatórias dos participantes com relação as pessoas que vivem com HIV/aids e à caracterização geral dos participantes. Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva e relacional, com auxílio do Pacote Estatístico SPSS 17.0; análise lexicográfica e análise de similitude, por meio dos programas informáticos *Evocation 2000 e Similitude 2000*; classificação hierárquica descendente, com auxílio do programa ALCESTE. Os resultados mostram que os adolescentes em geral não possuem um bom nível de conhecimento científico a respeito da transmissão do HIV/aids e a escola aparece como principal fonte de informação sobre a aids. As representações sociais dos estudantes pesquisados com relação às pessoas que vivem com HIV/aids apareceram permeadas de elementos e estereótipos negativos, que remetem a atributos físicos, como “doente”, e à aspectos emocionais, como “tristeza” e “sofrimento”. As representações sociais da aids relacionaram a doença como algo que traz sofrimento e morte, e que é permeada pelo preconceito. Os elementos “sofrimento”, “irresponsabilidade” e “descuido” também aparecem relacionados a aids, sendo que o elemento “preconceito” aparece como organizador desta representação. Os participantes responsabilizam as pessoas com

HIV/aids pela sua condição, considerando-as como irresponsável. O compartilhamento dos estereótipos negativos relacionados às pessoas com HIV/aids, como “infectado”, “contagioso” e “doente” influenciam nas práticas sociais desses adolescentes, que demonstraram preconceito no que diz respeito a situações de relação social. Eles rejeitaram situações em que há contato mais próximo com a pessoa que possui HIV/aids. Os dados desta pesquisa mostram que apesar das campanhas contra o preconceito, os participantes apresentam atitudes discriminatórias relacionadas ao contato com as pessoas que vivem com a doença. Assim, discussões com os adolescentes a respeito das formas de transmissão do HIV poderia ser uma alternativa para diminuir as barreiras impostas pelo preconceito.

Palavras-chave: representações sociais; aids; preconceito; estereótipos.



Antunes, Larissa (2012). The role of the stereotypes in the social representations shared by adolescents about people living with HIV/aids. Thesis (Master in Psychology). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

### **ABSTRACT**

This research had the purpose of verifying the stereotypes in the social representations of the adolescents about aids and people living with HIV/aids. This is a descriptive and cross-sectional study. The participants were 300 adolescents, students from public and private schools of Florianópolis. A self-administrated questionnaire was used, in collective situation, with 13 questions. The questionnaire included objective and open ended questions and it was submitted to a previous test before the collection of data. The open ended questions were related to the student's opinions about aids and people living with HIV/aids, and this was accomplished by an evocation test with the inductive term "people living with HIV/aids". The objective questions were related to the HIV transmission knowledge, the information's source about HIV prevention and transmission, items about adolescents' prejudice and discriminatory attitudes about people living with HIV/aids, and participants' demographics. The data analysis involved descriptive and relational statistics, accomplished using the Statistics Package SPSS 17.0; lexicographic analysis and similarity analysis done by the informatics programs *Evocation 2000 e Similitude 2000*; descending hierarchical classification, accomplished with the aid of the ALCESTE program. The results indicate that adolescents present low levels of knowledge about HIV transmission. The adolescents indicated the school as a main source of information about aids. The social representation of the adolescents about people living with HIV/aids is permeated of negative elements and stereotypes, that involved physical attributes such as sick, emotional aspects such as sadness and suffering, and people living with HIV/aids' irresponsibility. The social representations of aids see the disease as something that brings suffering and death, and are permeated by the prejudice. The elements such as suffering, irresponsibility and negligence also appear related to aids, and prejudice manifests as an organizer of the representation. The participants consider that people living with HIV/aids are responsible by their condition. The sharing of negative stereotypes related to people living with HIV/aids, such as infected, contagious and sick has an influence in the adolescent's social practices, which showed prejudice in

situations of social relation. These findings indicated that despite the campaigns against prejudice, the participants have discriminatory attitudes related to the contact with people living with HIV/aids. Thus, discussions with the adolescents about the means of HIV transmission could be an alternative to reduce the barriers imposed by prejudice.

Key-words: social representations; aids; prejudice; stereotypes.

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Descrição das características gerais dos estudos encontrados na revisão de literatura	50
<b>Tabela 2.</b> Distribuição das respostas dos participantes por item do sub-teste 1 do Teste de conhecimento científico sobre HIV/aids (n=300)	62
<b>Tabela 3.</b> Relação entre as características dos participantes e conhecimento sobre a transmissão do HIV	63
<b>Tabela 4.</b> Distribuição do escore geral dos participantes nos itens da escala de preconceito	66
<b>Tabela 5.</b> Relação entre o escore obtido na escala de preconceito e os itens de distância social	68
<b>Tabela 6.</b> Relação entre o escore geral obtido nos itens de preconceito direto e os itens de distância social	69
<b>Tabela 7.</b> Diagrama das evocações a partir do termo indutor “pessoas que vivem com HIV/aids”	71

## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> Frequência das respostas dos participantes aos itens de distância social (n=300)	67
<b>Figura 2.</b> Árvore dos elementos associados às pessoas que vivem com HIV/aids – Filtro 5	73
<b>Figura 3.</b> Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do corpus “aids”	75
<b>Figura 4.</b> Diagrama esquemático das relações entre estereótipos, preconceito e discriminação frente a aids e às pessoas que vivem com HIV/aids	90

## Sumário

<b>1.Introdução.....</b>	<b>17</b>
<b>2.Objetivos .....</b>	<b>21</b>
2.1.Objetivo Geral.....	21
2.2.Objetivos Específicos.....	21
<b>3.Fundamentação Teórica .....</b>	<b>23</b>
3.1.Representações Sociais da aids .....	23
3.2.Teorias das Representações Sociais.....	25
3.2.1.Ancoragem e Objetificação.....	28
3.2.2.Abordagem das Representações Sociais .....	30
3.2.3.Zona Muda das Representações Sociais .....	32
3.3.Estereótipos e Preconceito .....	33
3.4.Estereótipos, Preconceito e Representações Sociais .....	38
3.5.Preconceito frente ao HIV/aids .....	39
<b>4.Revisão de Literatura.....</b>	<b>41</b>
4.1.Epidemiologia e história social da aids .....	41
4.2.A ocorrência do HIV/aids na adolescência .....	45
4.3.Pesquisas empíricas sobre aids, preconceito e adolescência .....	49
<b>5.Método.....</b>	<b>55</b>
5.1.Delineamento da Pesquisa.....	55
5.2.Participantes .....	55
5.3.Instrumento .....	55
5.4.Procedimento.....	58
5.5.Aspectos éticos.....	59
5.5.1.Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
5.6.Análise dos dados.....	59
5.6.1.Tabulação dos dados .....	60
<b>6.Resultados .....</b>	<b>61</b>
6.1.Caracterização dos participantes .....	61
6.2.Conhecimento sobre a transmissão do HIV .....	61
6.3.Fontes de informação sobre a aids .....	64
6.4.Proximidade com pessoas que vivem com HIV/aids .....	64

6.5.Preconceito.....	64
6.5.1.Medida de preconceito direto e indireto .....	64
6.5.2.Escala de preconceito .....	65
6.5.3.Distância social.....	67
6.6.Representação social da aids e das pessoas que vivem com HIV/aids.....	70
6.6.1.Análise das evocações livres .....	70
6.6.2.Representação social da aids .....	74
<b>7.Discussão.....</b>	<b>79</b>
7.1.Conhecimento sobre a transmissão do HIV e fontes de informação sobre a aids.....	79
7.2.Medidas de preconceito .....	82
7.2.1.Medida de preconceito direto .....	82
7.2.2.Medida de preconceito indireto .....	83
7.2.3.Escala de preconceito .....	83
7.2.4.Distância social.....	84
7.3.Representações sociais sobre pessoas que vivem com HIV/aids .....	86
7.4.Representações sociais da aids.....	88
<b>8.Considerações Finais .....</b>	<b>92</b>
<b>9.Referências.....</b>	<b>95</b>
<b>10.Apêndices.....</b>	<b>107</b>
10.1.Apêndice A .....	107
10.2.Apêndice B .....	108

## 1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é uma das doenças que mais gera preconceito atualmente em nossa sociedade. Por ter acarretado muitas dúvidas e incertezas quanto às suas formas de transmissão, a aids tornou-se um fenômeno social que possui diversas representações. Em decorrência disso, as representações dos indivíduos sobre esta enfermidade sempre esteve permeada por preconceitos e estereótipos negativos com relação à esta doença e às pessoas que por ela foram infectadas.

Ela foi a primeira doença onde a história médica e social se desenvolveram juntas, e a ausência de referências médicas favoreceu uma qualificação social dessa epidemia. As pessoas, diante dessa nova enfermidade, elaboraram proposições pautadas no conhecimento e informações que já dispunham, surgindo diversas representações sobre a aids e suas formas de transmissão (Jodelet, 2001). As representações são um produto da interação e dos fenômenos de comunicação no interior de um grupo social, refletindo sua situação e suas relações com outros grupos, ou seja, é o resultado da atividade cognitiva e simbólica de um grupo social (Vala, 2006).

A ocorrência desta enfermidade em um determinado grupo social contribuiu para que surgissem as mais variadas representações sociais da aids. Primeiramente, os homossexuais foram considerados como um grupo de risco. Mais tarde, houve propagação da doença para novos segmentos populacionais, constituídos por usuários de drogas, prostitutas e travestis (Barbará, Sachetti & Crepaldi, 2005), como também receptores de transfusões de sangue e hemoderivados, como os hemofílicos (Parker, Bastos, Galvão e Pedrosa, 1994). Isso favoreceu dois tipos de concepções: biológica e moral, influenciando os comportamentos nas relações com as pessoas afetadas pela doença. A concepção biológica está relacionada com a forma de transmissão do vírus pelo sangue e esperma. Isso gerou uma visão biológica de que a contaminação do vírus pudesse ocorrer por outros líquidos corporais como a saliva e o suor (Jodelet, 2001).

A concepção moral considera a aids como uma doença punição, ou seja, uma condenação pelas condutas degeneradas e uma punição pela irresponsabilidade sexual (Jodelet, 2001). Desta forma, a doença é vista como consequência necessária do que o próprio indivíduo ou grupo provocou. O indivíduo ou grupo é punido por uma negligência ou excesso, por um mau comportamento, ou seja, por uma transgressão das

regras sociais (Laplantine, 2010). Esta concepção que perpetua as representações sobre a aids pode acarretar em preconceito e discriminação com relação às pessoas que vivem com esta doença, já que as representações compartilhadas pelos indivíduos ou grupos sociais guiam as atitudes e comportamentos dos sujeitos em relação aos objetos da representação (Moscovici, 2003).

Quando se estuda as representações sociais, é importante considerar também as crenças e as normas sociais, pois as ações individuais refletem ideias e crenças que são incorporadas pelos indivíduos e grupos. Desta forma, a teoria das representações sociais tem sido amplamente utilizada para tentar explicar e compreender a problemática da aids, pois as representações desta epidemia têm um papel importante na maneira que se age diante dela e de sua prevenção (Camargo, 2000). Em decorrência disto, vários trabalhos vêm sendo produzidos nesta área de estudo com o intuito de compreender como determinados grupos pensam a problemática desta doença (Jodelet, 1998; Tura, 1998; Camargo, 1998, 2000; Barbará & cols, 2005; Oliveira & Costa, 2007; Camargo, Barbará & Bertoldo 2009).

As representações sociais da aids estão impregnadas de estereótipos relacionados às suas formas de transmissão e às pessoas que vivem com o vírus. Lippman, em 1922, utilizou pela primeira vez o conceito de estereótipo. Ele o definiu como uma categoria descritiva simplificada através da qual se procura situar os outros ou um grupo de indivíduos (Cazals-Ferré & Rossi, 2007). Assim, os estereótipos são crenças a respeito de comportamentos e características pessoais ou de um grupo de pessoas, sendo que eles são frequentemente compartilhados socialmente e possuem fortes associações emocionais (Garcia-Marques & Garcia-Marques, 2003).

Os indivíduos são capazes de preservar seus sistemas de valores com a ajuda dos estereótipos. Eles contribuem para a criação e preservação de ideologias de grupo, para explicar e justificar ações sociais como também para criar diferenciações positivamente valorizadas de um grupo em relação a outros grupos sociais (Tajfel, 1982). Portanto, as atitudes desfavoráveis em relação a outras pessoas ou grupos pela sua pertença a uma classe ou categoria ocasionam o preconceito, que reúne geralmente uma pluralidade de estereótipos (Cazals-Ferré & Rossi, 2007).

As crenças sobre a transmissão do HIV e as atitudes diante das pessoas que vivem com a doença estão refletidas nos estereótipos (Oliveira & Costa, 2007). Eles acompanharam o surgimento dos primeiros casos da doença em 1980 e ainda permanecem de distintas



formas nos dias atuais. A discriminação está relacionada a estereótipos pré-existentes associados com a homossexualidade, prostituição e desvio sexual, marcadores que são ainda atuantes no processo de predisposição a preconceitos (Garrido, Paiva & Nascimento, 2007).

Estudos verificaram que o preconceito com relação à população que vive com o vírus se encontra relacionado à falta de informação (Suit & Pereira, 2008; Garcia & Koyama, 2008), e em decorrência das crenças sobre suas formas de contaminação. Além disso, a desinformação dificulta o rompimento de preconceitos e estigmas. Estudos (Seidl, Ribeiro & Galinkin, 2010; Garcia & Koyama, 2008) indicam que o desconhecimento generalizado sobre as formas de transmissão, por exemplo, pode acirrar preconceitos e atitudes desfavoráveis em relação àqueles que foram infectados pelo HIV/aids, tal como tem ocorrido com outras doenças contagiosas, como a hanseníase no Brasil.

Em um estudo de base populacional nacional, Garcia e Koyama (2008) evidenciam que a desinformação, ou a falta de confiança na informação obtida com relação à exposição ao vírus pelo contato social, geram isolamento e afastamento daqueles que vivem com o HIV/aids e sua consequente discriminação. Estes aspectos influenciam de maneira decisiva o tratamento e, muitas vezes, determinam o abandono deste, prejudicando sua eficácia, bem como a busca de tratamento adequado nos serviços de saúde pelo medo da discriminação (Sayles, Wong & Kinsler, 2009).

Atualmente, percebe-se que a discriminação para com as pessoas que vivem com HIV/aids ainda está presente nas relações sociais. A discriminação é um dos fenômenos psicológicos mais básicos associados aos estereótipos e preconceitos (Garcia-Marques & Garcia-Marques, 2003). Isso pode ocasionar diversas consequências prejudiciais para as pessoas que vivem com o HIV/aids, como sentimentos de culpa, rejeição e isolamento (Suit, 2005). Esta não é uma questão simples de ser enfrentada pelas pessoas que vivem com o vírus, principalmente quando o contágio ocorre na adolescência, período em que os adolescentes estão geralmente iniciando a vida sexual e relacionamentos amorosos.

Os jovens estão começando sua vida sexual cada vez mais cedo. De acordo com o último estudo do Ministério da Saúde sobre atitudes e práticas da população, 64,8% das moças entrevistadas entre 15 e 24 anos eram sexualmente ativas (havia tido relações sexuais nos 12 meses anteriores à pesquisa), sendo que destas, apenas 33,6% usaram preservativos em todas as relações casuais. Nos rapazes, 69,7% dos

entrevistados eram sexualmente ativos, e 57,4% afirmaram ter usado em todas as relações com parceiros ou parceiras casuais (Brasil, 2008). Além disso, há tendência de aumento na prevalência da infecção pelo HIV nos jovens. Em 2010, as taxas de incidência de aids entre jovens de 15 a 24 anos foram de 2 casos de aids para os rapazes e 1,6 casos entre as moças, para cada 100 mil habitantes. Um levantamento feito com mais de 35 mil rapazes de 17 a 20 anos de idade, indicou que, em cinco anos, a prevalência do HIV nessa população passou de 0,09% para 0,12% (Brasil, 2011).

Os adolescentes são uma nova geração que está construindo sua experiência de vida sexual conjuntamente com a epidemia da aids. Isso demonstra a importância de verificar as representações sociais dos adolescentes a respeito desta doença (Camargo, Barbará & Bertoldo, 2007). Portanto, reside neste aspecto a relevância social e científica de verificar as representações sociais de adolescentes a respeito do HIV/aids e das pessoas que vivem com a doença, bem como os estereótipos presentes nestas representações, já que os estereótipos podem levar a comportamentos discriminatórios e preconceituosos. A partir destas considerações sobre o tema, propõe-se a seguinte pergunta de pesquisa: *Quais os estereótipos presentes nas representações sociais de adolescentes sobre as pessoas que vivem com HIV/aids e sobre a aids?*

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar os estereótipos presentes nas representações sociais de adolescentes sobre a aids e sobre as pessoas que vivem com HIV/aids.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as representações sociais dos participantes sobre HIV/aids;
- Identificar as representações sociais dos participantes sobre pessoas que vivem com HIV/aids;
- Identificar os estereótipos que compõem as representações sociais relacionadas à aids e às pessoas que vivem com HIV/aids;
- Relacionar as representações sociais dos participantes com os estereótipos.



### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1. Representações Sociais da aids

Desde o surgimento do HIV/aids, a sua representação social possui elementos de caráter discriminatório e estigmatizante. Em um primeiro momento, a opinião pública produziu representações apoiadas na idéia de peste, que remetia a uma ameaça extrema à população (Seidl & cols, 2010). O surgimento desta epidemia e a incerteza dos indivíduos sobre os mecanismos de transmissão levaram a uma primeira qualificação social da doença (“câncer gay”), e houve uma interligação entre o progresso dos conhecimentos científicos e as imagens construídas sobre esta enfermidade e as pessoas infectadas pelo HIV/aids (Jodelet, 1998).

A mídia e as pessoas se apoderaram desta enfermidade. Desta forma, o que se sabia sobre a transmissão da doença e das pessoas que por ela tinham sido infectadas favoreceu o surgimento de representações diversas, que circulavam na sociedade através da mídia (Jodelet, 2001). A aids, percebida como uma doença que mata, levou a sociedade a ter medo das pessoas que possuem o vírus, considerando-as como uma ameaça, e o contato com elas representava um risco à contaminação. Assim, houve um distanciamento social das pessoas que não possuem o vírus em relação às que vivem com HIV/aids, gerando preconceito e discriminação com relação à estas (Jodelet, 1998). De acordo com Jodelet (1998), as pessoas justificaram a exclusão pela ameaça de contaminação e pela crença de que o contato em geral pode resultar na transmissão do vírus. Isso decorre das representações que a sociedade compartilha a respeito da aids, onde essa é relacionada a outras doenças contagiosas. Nesse sentido, a aids foi concebida como uma doença que poderia ser transmitida também pela saliva, suor e contato físico, como o toque e o abraço.

O fenômeno desta epidemia é complexo, pois envolve a sexualidade, afeto, desejo, além de normas, valores e informação (Tura, 1998). A representação social da aids envolve elementos como medo e prevenção, descuido e castigo, e relaciona-se com homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas. Isto reduz a ameaça produzida por esta epidemia, fazendo com que ela seja uma doença do outro, e não sua, nem de seu grupo, restringindo-se o contato com os que são diferentes, o que reforça os estereótipos que estigmatizam as distinções sociais (Jodelet, 1998).

Joffe (1995) afirma que a disseminação da aids aparece sempre como responsabilidade de grupos externos ao próprio grupo. Este deslocamento da ameaça da aids para o outro é a maneira das pessoas se defenderem de seus medos através da projeção da responsabilidade e culpabilidade por sua origem e desenvolvimento em outros grupos, distanciando-se da situação ameaçadora. Assim, a grande maioria sente que suas chances de contrair o HIV são mínimas, pois é um risco que não pertence ao seu grupo. Além disso, as práticas do outro são construídas, ao nível das representações sociais, como mais perversas, antinaturais e geradoras de doenças.

Entretanto, alguns grupos podem absorver a responsabilidade que foi projetada neles pelas representações dominantes que circulam na sociedade, e passam a se verem como agentes causadores da epidemia. Como consequência, estes grupos, como os homossexuais, usuários de drogas, profissionais do sexo e pessoas que vivem com HIV/aids se deparam com representações que os degradam e marginalizam. Isso faz com que membros destes grupos sofram preconceito e discriminação por parte de outros grupos, fazendo com que internalizem estas representações dominantes e estereotipadas, o que os faz construir uma identidade deteriorada (Joffe, 1995).

Dessa forma, é importante verificar as representações sociais que são elaboradas pelos jovens a respeito desta epidemia (Camargo, Barbará & Bertoldo, 2007). Isso influencia as relações sociais, pois os adolescentes que não possuem a doença podem ter atitudes preconceituosas no convívio com jovens que vivem com o vírus. Camargo, Bertoldo e Barbará (2009) apontam que as representações sociais da aids, compartilhadas por adolescentes pesquisados pelos autores, apresentam uma compreensão da doença como um problema social e individual, enfocando estratégias de prevenção e contemplando questões afetivas ligadas a intimidade.

Em pesquisa sobre as concepções de adolescentes sobre a aids, González, López e Beltrán (2008) verificaram que os elementos que compõem o conceito da doença nas moças estão relacionados com aspectos biológicos, como sangue, dor física e moral, homossexualidade e irresponsabilidade. Já os rapazes referiram-se à doença como depressão, dor, promiscuidade e prostituição. Em estudo realizado por Tura (1998), verificou-se que camisinha, morte, prevenção, sexo e sofrimento compõem o núcleo central das representações sociais da aids elaboradas pelos adolescentes, elementos esses que relacionam-se com valores negativos.

Camargo e cols (2007) verificaram que a representação social da aids de adolescentes, em estudo realizado em Florianópolis, é composta pelos elementos doença, morte, medo, sofrimento e preconceito, e a sexualidade no contexto desta doença é vivida como algo amedrontador. As representações sociais desta epidemia ocorrem nas relações sociais e permitem a elaboração de significações e sentidos que são compartilhados, possibilitando que esta doença torne-se um elemento de comunicação cultural conhecido pelos sujeitos (Tura, 1998).

### **3.2. Teoria das Representações Sociais**

A teoria das Representações Sociais (RS) se constituiu numa importante crítica sobre a natureza individualizante da maior parte das pesquisas em psicologia social na América do Norte. Moscovici propôs, com a teoria das RS, uma nova epistemologia, baseada na psicologia social europeia (Farr, 1995). A psicologia social europeia adotava uma orientação menos individualista, considerando as relações intergrupos, e preocupava-se em inserir a explicação dos temas em um contexto social mais amplo, centrado nos grupos e na sociedade (Jesuino, 2006).

A psicologia social europeia é considerada como uma forma sociológica de psicologia social e reflete a relação entre o individual e o coletivo, buscando uma superação desta dicotomia, sem reduzir as explicações da psicologia social ao individual e nem ao coletivo (Bernardes, 2001). Para criar essa teoria, Moscovici baseou-se no conceito de representações coletivas de Durkheim. Moscovici utilizou o termo representação social ao invés de representação coletiva, com a finalidade de indicar um fenômeno, enquanto que o termo original indicava um conceito:

As representações sociais são um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações inter individuais, elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crença nas sociedades tradicionais, elas podem até mesmo serem vistas como uma versão contemporânea do senso comum.(...)Elas são fenômenos que estão ligados com uma forma especial de se adquirir e comunicar conhecimento, criando realidades e senso comum. O meu propósito, ao substituir o coletivo de Durkheim por social foi o de enfatizar essa diferença (Moscovici, 1981, p.1-2).

As representações coletivas, propostas por Durkeim são homogêneas, vividas por todos os membros de um grupo da mesma forma, e tem por função preservar o vínculo entre eles e prepará-los para agir e pensar de modo uniforme, exercendo uma coerção sobre os indivíduos (Moscovici, 2001). Em contrapartida, as representações sociais são fenômenos dinâmicos, de uma produção de comportamentos e relações com o meio ambiente e não de uma reprodução desses comportamentos ou dessas relações, e são heterogêneas, identificando grupos específicos e não a sociedade como um todo (Moscovici, 1978).

Esta teoria foi originada na Europa, com a publicação de *La Psychanalyse: Son image et son public*, de Serge Moscovici, em 1961. Neste estudo, Moscovici buscou compreender de que forma a psicanálise, ao sair dos grupos fechados e especializados, era entendida e difundida pelos grupos populares e meios de comunicação de massa. Em sua pesquisa, Moscovici baseou-se em amostras da população parisiense e aplicou um questionário em 2.265 sujeitos. Também analisou 1.640 artigos relativos à psicanálise, publicados em 230 jornais e revistas (Farr, 1986).

De acordo com Vala (2006), uma representação é social na medida em que é partilhada por um conjunto de indivíduos e coletivamente produzida, sendo um produto da interação e dos fenômenos de comunicação no interior de um grupo social. Elas refletem a situação desse grupo e suas relações com outros grupos, ou seja, é o resultado da atividade cognitiva e simbólica de um grupo social. A teoria das RS possui uma posição mista, pois se encontra na encruzilhada de uma série de conceitos sociológicos e psicológicos (Moscovici, 1978). Para Jodelet (2001), a representação social é “uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (p. 22). Além disso, elas nos guiam no modo de definir e nomear os diferentes aspectos da realidade e no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e se posicionar frente a eles. Desta forma, a teoria das representações sociais procura compreender os fenômenos que são simultaneamente psicológicos e sociais, como as comunicações de massas, as influências sociais e os conhecimentos socialmente elaborados e compartilhados (Moscovici, 1978).

As representações sociais são diferenciadas do conhecimento científico. O conhecimento científico constrói objetos e eventos que permanecem imunes aos desejos e consciência dos indivíduos. Já as representações sociais estimulam e dão forma à consciência coletiva,



explicam eventos de maneira que estes sejam acessíveis a cada pessoa e relevantes aos seus interesses (Moscovici, 1981). Mesmo sendo conhecimentos do senso comum, as representações são tidas como um objeto de estudo tão legítimo quanto o científico, pela sua importância na vida social (Jodelet, 2001). Elas são “um produto e um processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade” (Jodelet, 2001, p. 22). Elas fazem com que o mundo seja o que pensamos que ele é ou deve ser, torna o não familiar em familiar e muda o universo sem que ele deixe de ser nosso universo (Moscovici, 1978).

Esta teoria envolve por um lado, o próprio sujeito, e por outro, o objeto da representação, o que lhe confere uma grande complexidade. Seus pressupostos implicam em considerar o comportamento social enquanto um comportamento simbólico, ou seja, enquanto atividade produzida pelos processos de comunicação e influência nos contextos das relações, tendo uma função social (Camargo, 2005a). A comunicação pressupõe conhecimentos básicos acerca de questões pessoais e sociais. Portanto, o conhecimento comunicativo consiste numa série de crenças, imagens e metáforas que formam uma representação social acerca de um assunto (Wagner, 2007). A teoria das RS ajuda a compreender como termos do conhecimento científico passam a fazer parte do conhecimento do senso comum. Assim, o conhecimento científico com relação à um objeto social, passa a fazer parte do contexto das pessoas e torna-se um conhecimento socialmente compartilhado, torna-se senso comum.

O objeto da representação, de acordo com Moscovici (2003), está inscrito num contexto ativo, em que toda a realidade é reapropriada pelo indivíduo ou grupo e é reconstruída no seu sistema cognitivo, sendo integrada ao seu sistema de valores, seu contexto social e ideológico. De acordo com Moscovici (1981), o ato da representação transfere o que é perturbador e ameaçador em nosso universo de um lugar remoto para próximo. Esta transferência torna o que é desconhecido e incomum em familiar. Dois processos são fundamentais para que essa transferência seja possível: a ancoragem e a objetificação. Estes dois processos servem para nos familiarizar com o desconhecido e referem-se à elaboração e ao funcionamento de uma representação social, mostrando a interdependência entre a atividade psicológica e suas condições sociais de exercício (Jodelet, 1986).

### 3.2.1. Ancoragem e Objetificação

#### Ancoragem

A ancoragem é o processo através do qual o não familiar torna-se familiar e através do qual uma representação, uma vez constituída, se torna um organizador das relações sociais (Vala, 2006). Refere-se à integração cognitiva do objeto representado dentro do sistema de pensamento preexistente e às transformações derivadas deste sistema. Este processo articula as três funções básicas da representação: função cognitiva de integração da novidade, função de interpretação da realidade e função de orientação das condutas e das relações sociais (Jodelet, 1986).

Ela permite que algo desconhecido e inquietante, que incita a curiosidade das pessoas, seja incorporado à rede de categorias dos indivíduos, permitindo compará-lo com o que se considera um membro típico desta categoria (Moscovici, 2003). Ancorar significa classificar e nomear tudo que está sem classificação e sem nomeação. A representação é, portanto, basicamente um processo de classificação e nomeação, um método de estabelecer relações entre categorias e rótulos. Moscovici (1981) afirma que este processo pode ser comparado a amarrar um barco flutuante a uma bóia ancorada em um espaço social e cognitivo.

#### *Classificação*

Classificar significa impor certo conjunto de comportamentos e regras a alguém. Sempre se classifica uma pessoa ou uma coisa de acordo com a norma ou como o oposto à norma (Moscovici, 1981). Este processo usualmente toma uma de duas direções: a generalização ou a individualização:

Podemos ter em mente uma imagem pronta e estarmos procurando alguma informação ou um “indivíduo” que se ajuste a ela, ou então nós podemos ter tal indivíduo em mente e tentar estreitar a imagem. Reduzimos as distâncias através da generalização. Na individualização, mantemos as coisas a uma distância e tratamos o indivíduo em questão como um desviante do protótipo (Moscovici, 1981, p. 195).

O que determina a generalização e a individualização é a expressão de uma atitude em relação a uma pessoa ou uma coisa e o desejo de vê-la como normal ou desviante. Entretanto, é impossível classificar sem se atribuir nomes. Nomear, dar nome a alguém ou a algo significa retirar do anonimato e colocar dentro de uma palavra que pertence a nossa linguagem. A classificação e a nomeação são processos que acontecem simultaneamente (Moscovici, 1981).

### *Nomeação*

Ao nomear algo, já se está representando, e corresponde a escolher um protótipo entre todos aqueles inseridos na memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele. Dar nome a uma pessoa ou objeto produz efeitos. Após a nomeação, o objeto ou pessoa pode ser descrito e certas qualidades, positivas ou negativas, podem ser relacionadas a ele. Este objeto ou pessoa pode então ser diferenciado de outros objetos e pessoas pelas suas qualidades e assim se torna sujeito de convenções entre os que o utilizam e que dividem a mesma convenção (Moscovici, 1981).

### **Objetificação**

A objetificação faz com que se torne real um esquema conceptual, e diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação. É um processo por meio do qual um conceito ou noção abstrata torna-se concreta por meio de imagens ou ideias. Este processo envolve três momentos: *construção seletiva, esquematização e naturalização*. As representações exprimem e servem à interesses e valores grupais. Nesse sentido, informações, crenças e ideias sobre o objeto da representação são selecionadas e descontextualizadas, implicando que apenas uma parte da informação disponível sobre o objeto seja útil, formando um todo coerente para o grupo, caracterizando o processo de *construção seletiva* (Vala, 2006).

O processo de *esquematização* corresponde à organização dos elementos da representação. Constitui um padrão de relações estruturadas, o que corresponde a um princípio organizador da informação e permite a materialização do conceito ou palavra (Vala, 2006). Os conceitos retidos e as respectivas relações se constituem como categorias naturais e adquirem materialidade, ou seja, tornam o símbolo real, caracterizando o processo de *naturalização* (Moscovici, 1978). Nesta etapa, o abstrato torna-se concreto através de sua expressão em

imagens e metáforas, onde cada palavra corresponde um objeto e cada imagem tem seu correlato na realidade. Assim, analisar o processo de objetificação consiste em identificar os elementos que dão sentido a um objeto, a seleção de conceitos e a relação entre esses, sua esquematização e as modalidades que assume sua naturalização (Vala, 2006).

### **3.2.2. Abordagens das Representações Sociais**

Em seus estudos sobre as representações sociais, Moscovici definiu as três dimensões de uma representação social: informação (quantidade e qualidade de conhecimento sobre o objeto e organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito do objeto), atitude (preparação para ação, orientação valorativa, favorável ou desfavorável, que o grupo tem frente ao objeto) e campo representacional (referente à ideia e imagem enquanto unidade estruturada dos elementos). Estas três dimensões constituem a abordagem dimensional das representações sociais (Moscovici, 1978).

A abordagem dinâmica das representações sociais estuda o modo como as representações são construídas e focaliza os processos envolvidos nas representações, a objetificação e a ancoragem. Esses dois processos ocorrem de forma simultânea. Dessa forma, a realidade é reconstruída no sistema cognitivo dos indivíduos, sendo integrada ao seu sistema de valores, sua história, contexto social e ideológico, articulando elementos afetivos, mentais e sociais, integrando a cognição, linguagem e comunicação (Moscovici, 1978).

A abordagem estrutural teve início na Escola do Midi (Aix-en-Provence). Jean-Claude Abric introduziu a teoria do núcleo central, com a colaboração de Claude Flament, o qual atribuiu a complementação sobre o papel dos elementos periféricos no funcionamento da representação (Sá, 1996). No Brasil, Celso Pereira de Sá é seu representante nos dias de hoje. Para Abric (2003), as representações sociais são entendidas como um sistema de interpretação da realidade, baseada em um conjunto de crenças, informações, opiniões e atitudes frente à um objeto social. As representações são organizadas em torno de um duplo sistema: o núcleo central, que é a base comum social que define a homogeneidade do grupo e o sistema periférico, que corresponde às bases relativas às experiências cotidianas.

O núcleo central possui duas funções: geradora e organizadora. A função geradora está relacionada à criação e significação dos elementos da representação. A função organizadora determina a

natureza dos elementos da representação, sendo unificadora e estabilizadora. O núcleo central é composto por elementos normativos, originados do sistema de valores dos indivíduos, e funcionais, associados às características descritivas e à inserção do objeto nas práticas sociais. Estes dois elementos permitem que o núcleo central desempenhe um papel avaliativo e pragmático, ou seja, permite os julgamentos de valor e atribuí-los às práticas específicas (Abric, 2003).

Os elementos do núcleo central são suscetíveis de serem ativados diferentemente, segundo o contexto social. A ativação de um elemento do núcleo é determinada pela finalidade da situação. Em situações com finalidade pragmática, serão ativados elementos funcionais. Já em situações de intercâmbio social ou posicionamento avaliativo, serão ativados os elementos normativos. Neste tipo de situação, normas, estereótipos e atitudes fortemente marcados estarão no centro da representação. Quanto mais um grupo é próximo de um objeto, mais ele valorizará os elementos funcionais e quanto mais distante, mais valorizará os elementos normativos (Abric, 2003).

De acordo com Abric (2003), o núcleo central determina a consistência, permanência e o significado da representação. Ele é resistente à mudança e é estável. Toda modificação do núcleo central provoca uma transformação completa da representação. Para que duas representações sejam diferentes, devem ser organizadas em torno de dois núcleos diferentes. Elas podem ter o mesmo conteúdo, mas se a organização desse conteúdo for diferente, então as representações também serão. O essencial do núcleo central de uma representação é constituído pelos valores associados ao objeto representado. Não é o fato de um grupo partilhar o mesmo conteúdo que define a homogeneidade da representação em relação a um objeto, mas sim ao fato de se referir aos mesmos valores centrais presentes no núcleo. Desse modo, procurar o núcleo central é procurar a raiz, o fundamento social da representação. Esta representação se diferenciara e se individualizará no sistema periférico (Abric, 2003).

Os elementos periféricos constituem os elementos mais acessíveis da representação, e são prescritores do comportamento. É a parte mais viva da representação. Esses elementos se organizam em torno do núcleo central e tem cinco funções: concretização, regulação, prescrição de comportamentos, proteção do núcleo central e individualização da representação coletiva (Abric, 2003). O sistema periférico atualiza e contextualiza as determinações normativas e consensuais do sistema central, e permite flexibilidade e expressão individualizada que caracterizam as representações (Sá, 1996).

Certos elementos da representação, inclusive os elementos centrais, podem ser ativados em um contexto e ficar “mudos” em outro. Assim, em determinados contextos de enunciação, os elementos que correspondem aos modelos contra-normativos são ocultados (Abric, 2003). Estes elementos que não são explicitados constituem a zona muda das representações sociais. Ela faz parte da consciência dos indivíduos, mas não pode ser verbalizada, pois o indivíduo ou grupo não quer expressá-las publicamente (Abric, 2005).

### **3.2.3. Zona Muda das Representações Sociais**

Este termo foi utilizado pela primeira vez por Claude Flament, em 1996. Mas foram Christian Guimelli e Jean-Claude Deschamps que o introduziram e começaram a estudá-lo, em 2000, num estudo sobre representação dos ciganos. A zona muda constitui os elementos da representação que são contra-normativos, ou seja, elementos que poderiam questionar os valores morais ou as normas sociais valorizadas pelo grupo ou indivíduo (Abric, 2005).

De acordo com Abric (2005), alguns processos estão relacionados à existência da zona muda. Um destes processos é chamado de gestão de impressões, que consiste em passar aos outros uma impressão positiva de si. Portanto, o sujeito expressará apenas atitudes, opiniões e crenças que estão adequadas às normas sociais, e não expressará as que não são adequadas. Além disso, a desejabilidade social é um dos fundamentos da possível existência da zona muda, pois na nossa sociedade, a norma da anti-discriminação é muito forte e qualquer demonstração de preconceito ou discriminação será fortemente negado ou escondido. Desta forma, a zona muda é determinada pela importância das características de uma determinada situação, e quanto mais forte são as normas sociais desta situação, maior é o risco de existir uma zona muda (Abric, 2003).

Para que se consiga favorecer a expressão da zona muda nos indivíduos, é preciso reduzir a pressão normativa que se exerce sobre eles, através da redução do nível de envolvimento do sujeito e do peso normativo do contexto. Para isso, há duas técnicas possíveis que podem ser usadas: a descontextualização normativa e a técnica de substituição. A descontextualização normativa consiste em afastar o sujeito do seu grupo de pertença e referência, respondendo à uma pessoa menos próxima de seu grupo ou que ele considera que não compartilha o mesmo sistema de valores. Em sua pesquisa sobre representação dos margrebinos em estudantes franceses, Abric utiliza-se desta técnica

através de duas condições: contexto normal, onde os pesquisadores apresentam-se como pertencentes ao mesmo grupo dos sujeitos da pesquisa (estudantes de letras), e a descontextualização normativa, onde os pesquisadores posicionam-se como um grupo próximo ao dos sujeitos, mas que não compartilham os mesmos valores (neste caso, estudantes de direito). Esta técnica possibilita os sujeitos expressarem ideias consideradas desviantes ou contra-normativas pelo seu grupo, pois respondem a alguém que não compartilha os mesmos valores (Abric, 2005).

A técnica de substituição consiste em reduzir o nível de implicação do sujeito, permitindo-o a tomar certa distância e a expressar suas próprias ideias sob a cobertura dos outros (Abric, 2005). Como exemplo desta técnica, pergunta-se ao participante o que outras pessoas responderiam sobre determinada questão, solicitando que ele responda no lugar de outras pessoas, diminuindo o grau de envolvimento do sujeito com a questão. Porém, esta técnica apresenta um limite. O sujeito pode simplesmente refletir a representação que ele faz do outro grupo, sem adicionar elementos de suas próprias representações sociais. Portanto, deve-se ter cuidado ao interpretar as respostas quando se utiliza esta técnica (Abric, 2005). Neste trabalho optou-se por utilizar a técnica de substituição. Por meio da redução da implicação do sujeito ao responder as questões que lhe são apresentadas, é possível que ele expresse suas ideias e opiniões, inclusive estereótipos e preconceitos relacionados ao assunto apresentado ao sujeito.

### **3.3. Estereótipos e Preconceito**

O conceito de estereótipo foi usado pela primeira vez por Walter Lippmann em 1922, em seu livro *Public Opinion*. Ele definiu estereótipos como uma imagem do mundo, para o qual nossos hábitos, gostos, capacidades e esperanças são ajustados de acordo com esta imagem. Para este autor, os estereótipos podem não ser uma imagem completa do mundo, mas é uma imagem do mundo que nós estamos adaptados. Nesse mundo, pessoas e objetos têm seus lugares conhecidos e agem da maneira esperada pelos indivíduos. Através deles, as pessoas sentem que conhecem tudo ao seu redor (Lippmann, 2004).

Os estereótipos podem ser definidos ainda como imagens mentais simplificadas de indivíduos ou acontecimentos, compartilhadas por grande número de pessoas. Essas imagens podem ser amplas ou restritas, e são acompanhadas de uma predisposição favorável ou

desfavorável em relação a qualquer membro da categoria em questão. São definidos como a atribuição de características psicológicas gerais a grandes grupos humanos, e seu conteúdo tem origem nas tradições culturais e pode ou não estar relacionado com a experiência comum passada ou presente (Tajfel, 1982).

Eles possibilitam a economia cognitiva. Ver todas as coisas em detalhes ao invés de categorias e generalidades é exaustivo. Ao invés disso, percebe-se um traço que marca algum grupo ou indivíduo e se encaixa tudo o que é similar em categorias que as pessoas carregam em suas mentes, tornando o mundo mais simples (Lippmann, 2004). Os estereótipos introduzem simplicidade e ordem onde existe complexidade e variedade e podem ajudar a transformar diferenças menos claras entre os grupos em diferenças mais nítidas, ou a criar novas diferenças onde não existe nenhuma (Allport, 1979).

Possuem duas funções: sociocognitiva e socioafetiva. A função sociocognitiva refere-se a processos gerais do pensamento que possibilitam simplificar a realidade e dar um sentido a ela, através da categorização e generalização das características encontradas em outras pessoas ou grupos (Cazals-Ferré & Rossi, 2007). A categorização é definida como a atribuição de características gerais a indivíduos através do conhecimento que se tem sobre sua classe de pertença. A generalização é o agrupamento dessas características, é uma descrição geral (Tajfel, 1982). Já a função socioafetiva tem por objetivo dar uma significação afetiva positiva ou negativa a outras pessoas ou grupos (Cazals-Ferré & Rossi, 2007).

Os estereótipos contribuem para a criação e preservação de ideologias de grupo, explicam e justificam uma variedade de ações sociais e ajudam a preservar ou criar diferenciações positivamente valorizadas de um grupo em relação a outros grupos sociais (Tajfel, 1982). Nesse sentido, os estereótipos são o resultado de fatores ideológicos, ligados ao processamento de informação, fatores motivacionais e fatores ligados à dinâmica social e relações entre os grupos. Eles contêm nossas expectativas e determinam nossos julgamentos e avaliações a respeito de grupos humanos e seus membros (Marques & Paéz, 2006).

A categorização e a atribuição causal são processos que estão relacionados à elaboração e manutenção dos estereótipos. A atribuição causal é a maneira como os indivíduos processam as explicações dos acontecimentos que os cercam. Para um indivíduo enfrentar mudanças, é obrigado a fazer constantemente atribuições causais sobre os processos responsáveis por ela, para que enfrente as novas situações de uma forma



consistente, de modo que preserve a imagem de si próprio ou sua integridade (Tajfel, 1982).

Tajfel (1982) destaca dois tipos de mudança: mudança intragrupo e intergrupo. A primeira consiste na mudança dentro do grupo ou grupos a que pertence. A segunda consiste na mudança de relações do seu grupo com outros grupos, que afetam diretamente aspectos importantes de sua vida. Em ambos os casos, estas mudanças exigem uma atribuição causal. Os efeitos da mudança na forma como o indivíduo se relaciona com seu grupo podem ocasionar um aumento da intensidade de afiliação com seu grupo ou diminuição e alienação desse grupo. Quando esta atribuição se refere a agentes sociais, os determinantes da mudança podem ser atribuídos a determinadas características e ações do próprio indivíduo ou outros indivíduos ou às características e ações do seu próprio grupo ou outros grupos. Dessa forma, a menos que existam explicações situacionais facilmente acessíveis, as ações dos outros tendem a ser explicadas em termos de suas características individuais e mais permanentes (Tajfel, 1982). Ou seja, os outros passam a ser categorizados de acordo com os estereótipos que estão associados às características de determinados grupos e indivíduos.

Categorizar é classificar pessoas ou grupos, geralmente através da experiência pessoal e cultural e de crenças que nos são transmitidas por agentes de socialização, como a escola, os pais, os meios de comunicação, etc. (Marques & Paéz, 2006). O processo de categorização é o molde que dá forma às atitudes intergrupo. Assim, o mundo é categorizado de acordo com um código que os indivíduos possuem, e eles tendem a interpretar o que acontece de acordo com este código e estas categorias. Classificam-se então pessoas e grupos de acordo com estas categorias, que constituem os estereótipos (Lippmann, 2004).

Entretanto, os estereótipos só podem tornar-se sociais quando são compartilhados por um grande número de pessoas no interior de grupos sociais ou entidades. Neste caso, o contexto social significa que os estereótipos comuns a um grande número de pessoas são estruturados pelas relações entre grupos sociais e entidades em larga escala. Seu funcionamento e utilização resultam de uma profunda interação entre a estrutura contextual e seu papel na adaptação dos indivíduos ao meio social em que estão inseridos (Tajfel, 1982).

O padrão dos estereótipos não é neutro. Não é apenas uma maneira de por ordem na realidade confusa. É também a garantia de valor, posição e direitos dos indivíduos. Os estereótipos são altamente

carregados com sentimentos e influenciam condutas e comportamentos em interações sociais. Eles são a fortaleza da tradição das pessoas e grupos e os mantêm seguros na posição que ocupam na sociedade, protegendo os sistemas de valores do grupo (Lippmann, 2004). Assim, variadas situações cotidianas permitem selecionar, acentuar e interpretar a informação sobre diferentes tipos de pessoas e grupos de acordo com os diferenciais de valores dos indivíduos (Tajfel, 1982). A tendência dos indivíduos e grupos é selecionar uma amostra que se enquadra nos estereótipos e então fazê-la representativa de toda a classe. Assim, um sujeito de um grupo é considerado e tratado como sendo igual aos seus outros membros, e o grupo é percebido homogêneo e tratado como favorável ou desfavorável, pois os estereótipos sociais têm duas qualidades distintas, positivas e negativas. A articulação entre estereótipos sociais favoráveis ou desfavoráveis, positivos ou negativos, produz sentimentos de aceitação ou rejeição dos grupos. Quando os estereótipos estão associados a valores e sentimentos negativos, passam a constituir estruturas psicológicas mais complexas, caracterizadas pelos preconceitos sociais (Tajfel, 1982).

Foi Gordon Allport, em seu livro *A natureza do preconceito* (1954) que fez a primeira abordagem deste tema. Ele descreveu o preconceito como pensar mal dos outros sem fundamento suficiente, com atitudes adversas em relação a uma pessoa que pertence a determinado grupo, presumindo-se que ela tenha as mesmas características deste grupo. Refere-se a um pré-juízo ou pré-conceito elaborado sobre indivíduos e grupos, com atribuição de um valor positivo ou negativo. São ideias e opiniões, traduzidas em ações de aceitação ou rejeição dos outros que permitem selecionar, acentuar e interpretar a informação recebida do meio (Allport, 1979). Para Allport (1979), a categorização constitui a base do preconceito. Para este autor, a categorização permite os sujeitos tipificar acontecimentos singulares e agir em consonância a eles. Através da categorização, é possível integrar os acontecimentos que cercam os indivíduos do modo mais compacto possível e compatível com as necessidades da ação. Além disso, esse processo permite identificar rapidamente qualquer objeto relacionado com a categoria em questão. A categorização baseia-se em juízos de valores que são transmitidos no início do desenvolvimento moral e cognitivo, pelos agentes sociais que os sujeitos estão em contato.

O pensamento através de categorias faz parte do processo cognitivo e as categorias mais importantes e relevantes para gerar preconceitos são os valores que os grupos se baseiam para direcionar seu comportamento. Os valores são categorias com peso positivo ou

negativo, e manifestam-se sob a forma de sentimentos socialmente aprendidos e partilhados. Certos processos cognitivos, interações sociais e o contexto valorativo das relações entre grupos estão na origem da formação dos preconceitos sociais, que em determinadas situações, podem se exacerbar e dar origem a grandes conflitos (Allport, 1979).

O preconceito social combina motivações e sentimentos de natureza negativa, aversiva e excludente, dirigidos a grupos humanos definidos a partir de suas características mais significativas, não importando se elas encontram-se uniformemente espalhadas e representadas por inteiro entre os membros do grupo. Eles têm um componente cognitivo, pois é a representação mental do grupo, um componente afetivo, pois estão relacionados a sentimentos dos indivíduos em relação ao outro grupo, pois é uma preocupação de proteção do grupo social em relação a outros grupos e um componente comportamental, pois orientam o indivíduo perante o grupo (Cazals-Ferré & Rossi, 2007). Não é preciso muito conhecimento sobre um grupo ou os membros do grupo para elaborar um julgamento ou preconceito sobre eles. Isto faz com que o outro grupo seja percebido como diferente e como inferior, o que acarreta em comportamentos de injustiça e desconsideração. O preconceito pode ser exposto também através da hostilidade, com verbalização negativa das características do grupo, hesitação de contato com membros do grupo hostilizado, discriminação, ataque físico e, em casos mais graves, extermínio deste grupo (Allport, 1979).

Pettigrew e Meertens (1995) fazem uma distinção entre preconceito sutil e manifesto. O preconceito sutil é definido como mais indireto e distante, e é composto por três dimensões: defesa dos valores tradicionais do grupo, com culpabilização dos grupos visados pelo preconceito por sua condição; tendência a exagerar as diferenças, vendo o exogrupo como totalmente “a parte”; e negação de emoções positivas frente ao outro grupo. O preconceito manifesto se caracteriza por ser mais direto e aberto, e possui dois componentes: a aversão ao exogrupo e oposição ao contato íntimo com os membros do outro grupo (Lima, 2011). O outro grupo e seus membros, por ser percebido como diferente, pode representar uma ameaça ao grupo interno, o que justifica o preconceito e a discriminação (Seidl & cols, 2010). O preconceito social influencia as condutas, e pode ir de uma simples opinião desfavorável a atos discriminatórios. Um de seus efeitos é a discriminação, que é um tratamento injusto, uma forma de relacionamento e avaliação desigual e desfavorável dirigido ao grupo e à seus membros visados pelo preconceito (Krüger, 2004).

Os fatores que levam as pessoas a formar atitudes preconceituosas estão ligados ao ser membro de um grupo e a adotar o grupo e seus valores. Dessa forma, o preconceito é uma disposição para reagir desfavoravelmente contra uma pessoa ou grupo com base na sua pertença a uma classe ou a uma categoria, ou seja, um estereótipo (Cazals-Ferré & Rossi, 2007). Considerando que as representações sociais são elaboradas e compartilhadas através das relações sociais, elas adquirem a função de princípios organizadores dessas relações (Doise, 2001). Dessa forma, as representações sociais podem ser organizadas por opiniões, atitudes e/ou estereótipos. Moscovici (1978) considera a atitude como uma das dimensões determinantes para a formação das representações sociais, e as opiniões e estereótipos também estão envolvidos neste processo.

### **3.4. Estereótipos, Preconceito e Representações Sociais**

Os conceitos de Representação Social e Estereótipo estão interligados e remetem às imagens que as sociedades constroem sobre os outros. Quando o indivíduo se depara com um objeto novo, o indivíduo, através da ancoragem, tenta transformar este objeto em algo familiar, e para que se possa ter um conhecimento sobre ele, recorre aos processos de classificação e nomeação. Nesses processos, o indivíduo pode definir e categorizar os objetos de forma mais simplificada, dependendo um menor esforço cognitivo, reduzindo-os a categorias. Essas categorias são os estereótipos. A partir deles, os indivíduos posicionam-se frente aos objetos sociais de forma favorável ou desfavorável, agindo de acordo com o estereótipo em qual ele é enquadrado (Moliner & Vidal, 2003).

De acordo com Moliner e Vidal (2003), há uma forte correlação entre os estereótipos e os elementos do núcleo central da representação social. As representações sociais correspondem à maneira de interpretar e explicar o mundo em que as pessoas vivem. Já os estereótipos correspondem à maneira utilizada para descrever as pessoas que vivem no mundo. Nesse sentido, os elementos pertencentes ao núcleo central da representação social são utilizados para definir grupos e seus membros, em conformidade com os estereótipos. O núcleo central da representação social e os estereótipos são similares em sua função principal, que é definir e caracterizar o objeto da representação. A representação social e o estereótipo tem um papel primordial de compreensão da realidade, através de crenças que definem o objeto

social. Os estereótipos são crenças compartilhadas a respeito de características pessoais, generalização dos traços de personalidade e de comportamentos de indivíduos e grupos. Eles são socialmente elaborados e compartilhados, assim como as representações sociais e implicam numa posição em relação ao objeto social, uma predisposição para a ação. Assim, estereótipos positivos estão próximos à atitudes mais favoráveis com relação aos grupos e indivíduos, e estereótipos negativos relacionam-se com atitudes desfavoráveis, como o preconceito e a discriminação (Vidal, 2003).

### **3.5. Preconceito frente ao HIV/aids**

O preconceito se estende a todas as parcelas da população que vive com HIV/aids, independente de sua opção sexual, gênero, posição econômica ou etnia (Hellman, 2003). Não é raro que a pessoa soropositiva, de posse do diagnóstico, se veja sem apoio social, fragilizada pelo medo do preconceito que pode atingir a vida de uma pessoa que vive com o vírus, pois muitas vezes se transforma em uma marca que justifica a exclusão. As pessoas que sofrem discriminação podem desvalorizar a si mesmas e se ver como inferiores e vítimas, pois acabam por internalizar os estereótipos e valores negativos dirigidos à elas (Seidl & cols, 2010). As atitudes preconceituosas dirigidas às pessoas que vivem com HIV/aids derivam de duas fontes principais. A primeira é o medo do contágio, que tem sido uma fonte de preconceito relacionado à doença desde sua origem. A segunda é relacionar valores negativos com as pessoas que vivem com aids, o que alimenta o preconceito e a discriminação (Unaid, 2008). O conhecimento e a dimensão afetiva não andam necessariamente juntos, pois saber que tocar uma pessoa que vive com HIV/aids não transmite o vírus, não impede o medo da infecção e a consequente discriminação e preconceito com estas pessoas (Seidl & cols, 2010).

Em estudo realizado por Maliska, Padilha, Vieira e Bastani (2009), verificou-se que os indivíduos que vivem com HIV relataram ter experienciado situações de distanciamento social e redução de contato físico com outras pessoas, inclusive com familiares, que impuseram novas formas de convivência. Estas pessoas relataram que este distanciamento ocorreu em situações que não oferecem risco de transmissão, gerando rompimento de relações e isolamento social. Isso evidencia que as pessoas ainda consideram que o contato oferece ameaça quanto à transmissão do vírus, o que pode gerar exclusão e

atitudes preconceituosas com relação às pessoas que vivem com HIV/aids.

A causa da aids ainda é associada à adoção de comportamentos não aceitos socialmente, como o homossexualismo e o uso de drogas. Portanto, a revelação do diagnóstico soropositivo pode representar a reestruturação da identidade, a ruptura de relacionamentos tradicionais, com uma redefinição de papéis e a assunção de identidades consideradas pelo grupo de referência como socialmente desviante, como traidor/infidel, homossexual, usuário de drogas, profissional do sexo. As pessoas que vivem com HIV/aids ficam vulneráveis a serem alvos de preconceito e discriminação, além da dificuldade de aceitação social, pois passam a serem vistas como membros de grupos que geralmente são considerados desviantes pelas pessoas que não tem a doença (Fernandes & Horta, 2005; Suit, 2005, Garcia e Koyama, 2009).

Um estudo com jovens universitários sobre pessoas que vivem com HIV/aids indicou que a maior parte apresentou opiniões não preconceituosas. Entretanto, houve responsabilização das pessoas vivendo com HIV/aids por sua condição de saúde pelos jovens. Isso indica que os adolescentes e jovens tem informações sobre a doença, mas ainda discriminam alguns grupos sociais, pois os veem como responsáveis por ela (Seidl & cols, 2010). Além disso, o número de pessoas que acreditam que há risco de contaminação pelo contato com indivíduos que possuem o vírus continua alto. Isso indica que a desinformação com relação às formas de transmissão do HIV/aids podem ser um reforçador de preconceitos e estereótipos relacionados as pessoas que vivem com HIV/aids.

O estereótipo está diretamente ligado aos comportamentos que os indivíduos têm frente à determinados grupos, e quanto mais positivos os estereótipos, mais favorável serão as atitudes frente ao objeto social. Dessa forma, o objetivo deste estudo é verificar quais são os estereótipos que estão relacionados com as representações sociais dos jovens a respeito das pessoas que vivem com HIV/aids e da aids. Representações sociais estereotipadas podem sustentar práticas de discriminação social, portanto é importante identificar os estereótipos que são compartilhados e que estão presentes nas representações sociais deste grupo a respeito das pessoas com HIV/aids. Além disso, salienta-se a importância de verificar a história social da aids em nossa sociedade, para que possa se verificar o surgimento dos estereótipos relacionados à esta doença, como também os estudos realizados nessa temática.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Epidemiologia e História Social do HIV/Aids

O número de pessoas que vivem com HIV/aids atualmente passa de milhões na população mundial. Os dados epidemiológicos indicam que o número de pessoas vivendo com HIV/aids no mundo, em 2010, atingiu a estimativa de 34 milhões, índice 27% maior que no ano 1999. Estes dados indicam que a infecção pelo vírus continua a crescer. Neste mesmo ano, houve 2,7 milhões de novas infecções pelo HIV e o índice de mortalidade de pessoas em decorrência da aids foi de 1,8 milhões (World Health Organization, 2011). Já na América Latina, a estimativa é de que em 2009, 92.000 novas infecções pelo HIV tenham ocorrido, levando ao número de 1,4 milhões de pessoas vivendo com o vírus, com 58.000 mortes em decorrência desta epidemia nesta região. Cerca de um terço das pessoas que vivem com HIV/aids na América Central e América do Sul vivem no Brasil (Unaid, 2010).

Estima-se que no Brasil, cerca de 630 mil indivíduos de 15 a 49 anos vivam com HIV/aids. De 1980 até junho de 2011, foram identificados 608.230 casos e, em média, são identificados cerca de 34 mil novos casos por ano. A região Sudeste é a que possui o maior percentual de registros da doença e concentra 56% dos casos, seguida pela região Sul, com 19%. Entre 1997 e 2007, a taxa de incidência nos municípios com menos de 50 mil habitantes dobrou, o que indica que a epidemia também atinge o interior do país. Dentre os municípios brasileiros, 87,5% registram pelo menos um caso da doença (Brasil, 2011).

Com relação ao sexo, em 1986 havia 15 casos de HIV/aids em homens para cada caso em mulheres no Brasil. A partir de 2003, o número de casos em mulheres aumentou, e para cada 15 casos em homens passaram a existir 10 em mulheres. Na faixa etária de 13 a 19 anos, o número de casos da doença é maior em jovens do sexo feminino, com 10 casos em moças para cada 8 casos em rapazes, a partir de 1998. Em 2007, a taxa de incidência de HIV/aids em jovens de 17 a 24 anos do sexo masculino foi de 0,12%, enquanto que a taxa em mulheres de 15 a 24 anos, em 2006, foi de 0,28% (Brasil, 2011).

No Brasil, os primeiros casos de HIV/aids surgiram nos anos de 1980, em São Paulo. Com o aparecimento desta epidemia, surgiram muitas dúvidas com relação à doença, como também muita insegurança na população sobre suas formas de transmissão. Diante desta doença, apareceram também os grupos considerados de risco, e questões que

sempre foram consideradas como “tabus” em nossa sociedade, como a sexualidade e o uso de drogas, afluíram (Souza, 1994). O processo social de construção da aids, de acordo com Paulilo (2005), teve como um de seus componentes mais significativos a sua associação com populações consideradas marginais.

Com o surgimento da aids, tentou-se identificar quem eram as pessoas que estavam adoecendo em decorrência da doença e quais eram suas características. Em 1982, o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos descreveu quatro “grupos de risco”: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína. Desta forma, houve uma caracterização e descrição das populações afetadas pela doença, de acordo com determinadas características, definindo então subgrupos populacionais (Ayres, Calazans, Saletti Filho & França Júnior, 2008).

Os casos de aids entre usuários de drogas injetáveis e entre receptores de sangue e hemoderivados, no qual se incluem os hemofílicos, fez com que a aids, denominada de “câncer gay”, fosse entendida como uma doença infecciosa. Entendeu-se que ela podia ser transmitida pelo sangue, por meio de transfusões e pelo compartilhamento de seringas contaminadas, condições estas que podem levar à contaminação pelo HIV. Desde modo, os hemofílicos tornaram-se o grupo mais vulnerável a contaminação pelo HIV através do sangue, por realizarem transfusões de forma regular (Parker e cols, 1994). Em 1988, estimativas apontam que 50% a 80% dos hemofílicos estavam contaminados com o HIV. Um protesto de grupos hemofílicos de projeção nacional levou o governo do Estado de São Paulo a promulgar, em 1985, uma lei que determinou que os bancos de sangue realizassem testes sorológicos para detecção de anticorpos HIV no sangue dos doadores. Essa lei passou a ser respeitada em 1987, diminuindo consideravelmente a transmissão do vírus através da transfusão sanguínea e hemoderivados (Camargo, s/d).

A contaminação dos hemofílicos fez com que a aids fosse entendida de acordo com um padrão dividido: as vítimas inocentes versus os culpados por sua condição. Os hemofílicos foram vistos como vítimas, por serem portadores de uma doença genética e cujo tratamento trouxe-lhes o HIV como consequência, ao contrário daqueles que eram considerados “culpados” por sua condição. A aids era vista como uma punição pelo comportamento “desviante” de determinados grupos, como os homossexuais e usuários de drogas, que foram considerados culpados pela contaminação pelo HIV em função de comportamentos “marginais” e “de risco” (Parker e cols, 1994).



A aids foi então definida pela pertença a um destes grupos de risco e a apresentação de uma ou mais patologias associadas a esta doença (Souza, 1994). O uso da expressão “grupo de risco” marcou de forma crucial a construção social e histórica desta epidemia (Barbará, Sachetti & Crepaldi, 2005). O risco identificado nesses grupos passou a ser considerado uma identidade, o que levou ao isolamento desta população, provocando uma “morte social” e acirrando preconceito e discriminação com relação à estas pessoas (Ayes e cols, 2008). Desta forma, o conceito de grupo de risco foi criticado pela comunidade científica e pelos movimentos sociais, e deu lugar ao conceito de comportamento de risco, com o intuito de minimizar a discriminação, por não focar em determinados grupos (Rabuske, 2009).

Aqueles que não se enquadravam nestes grupos estavam livres da doença, e esta enfermidade passou a ser vista como uma doença do outro. Em um estudo realizado por Jeolás (2005), verificou-se que a aids é vista como uma doença de fora, de outro grupo, pelo medo do contágio que ela suscita na sociedade. Desta maneira, o medo de uma doença letal e a ideia de que todo contato constitui um risco aciona mecanismos de negação e afastamento da possibilidade do risco para longe de si. Isso pode acarretar em atitudes de discriminação com as pessoas afetadas pela doença, devido aos valores negativos atribuídos a esta enfermidade.

A caracterização inicial da aids como doença contagiosa, incurável e mortal fez com que ela fosse associada a vários estigmas e preconceitos, em decorrência das posições dos indivíduos perante a morte, a contaminação e a sexualidade. Muitos estigmas já tinham sido socialmente vividos devido a outras enfermidades como a hanseníase, a tuberculose e a sífilis. Ao longo do século XIX, a sífilis passou a ser percebida como flagelo social e era considerada como castigo devido ao desregramento sexual (Carrara, 1994). Ela envolveu representações amplas, que incidiam sobre a sexualidade, sobre os comportamentos sexuais considerados desviantes ou promíscuos, o medo do contágio e a decadência social. Portanto a aids, assim como a sífilis, passou a carregar o símbolo de promiscuidade, marginalidade, vergonha e morte. As pessoas passaram a ter estas mesmas representações a respeito da aids, por ser sexualmente transmissível e contagiosa.

A expansão da enfermidade em vários grupos sociais e o aumento do número de casos no país fez com que ela adquirisse diversas fases na sociedade desde o seu surgimento (Carrara, 1994). Historicamente, o curso da epidemia no Brasil é dividido em três fases. A primeira, denominada fase inicial, restringia o olhar apenas ao

“infectado”, impedindo a adoção de ações mais amplas no campo da saúde. Era caracterizada pela transmissão, principalmente em homens que fazem sexo com homens, decorrendo do conceito de “grupo de risco”. A segunda fase ampliava o olhar sobre a exposição ao vírus, e houve disseminação da doença em usuários de drogas injetáveis e entre as pessoas que têm prática homossexual, utilizando-se o conceito de “comportamento de risco” (Brasil, 1999).

Esta modificação do conceito de “grupo de risco” para “comportamento de risco” desloca a ideia de pertencimento a um grupo de risco em direção à identificação dos comportamentos que expõe as pessoas ao vírus, possibilitando a universalização da preocupação com a aids, onde qualquer pessoa pode adotar um comportamento de risco e se expor ao HIV. Além disso, possibilitou o envolvimento ativo das pessoas com a prevenção por meio de mudanças de comportamento (Ayes e cols, 2008). Entretanto, se impôs culpa e responsabilidade à pessoa com HIV/Aids, por esta não ter aderido um comportamento seguro e preventivo (Seidl, Ribeiro & Galinkin, 2010).

A terceira fase caracteriza a suscetibilidade das pessoas ao vírus e acentua a disseminação entre os heterossexuais, principalmente mulheres e a interiorização para municípios de médio e pequeno porte, passando ao conceito de “vulnerabilidade” (Brasil, 1999). Esta noção, de acordo com Ayres e cols (2008), busca responder à percepção de que a possibilidade de exposição das pessoas ao HIV e seu adoecimento não é resultado somente de aspectos individuais, mas também de aspectos coletivos e contextuais, que originam maior suscetibilidade à infecção pelo vírus. As análises de vulnerabilidade integram três eixos: dimensão individual, social e programática.

A dimensão individual da vulnerabilidade considera que todas as pessoas são suscetíveis à infecção pelo HIV, pois seus modos de vida podem contribuir para a exposição ao vírus. Esta dimensão relaciona também o grau e a qualidade da informação que se encontra disponível para as pessoas sobre a aids e suas formas de transmissão, como também a capacidade destas incorporarem as informações ao seu cotidiano e as práticas efetivas de prevenção (Ayes e cols, 2008).

O acesso à estas informações está relacionado aos aspectos sociais e contextuais, ou seja, a incorporação dessas informações não depende só de fatores individuais, mas também de aspectos como o acesso aos meios de comunicação, disponibilidade de recursos materiais, escolarização, entre outros, que compõem a dimensão social da vulnerabilidade. Já a dimensão programática diz respeito ao modo como as instituições de saúde, educação e bem-estar social podem atuar

fornecendo recursos sociais para que as pessoas possam não se expor ao HIV e proteger-se dos danos causados pela doença (Ayres e cols, 2008).

A redução da vulnerabilidade procura ampliar suas intervenções do plano individual para o plano social. Este aspecto demanda desafios do governo e da sociedade para a reconceitualização da epidemia, sua prevenção e o enfrentamento de sua expansão. Além disso, prevê a promoção de atitudes de solidariedade, não-preconceito e não-discriminação em relação às pessoas que vivem com HIV/aids (Brasil, 1999).

A história da aids continua complexa e ainda indica a dificuldade da medicina de descobrir sua cura. O contágio pelo HIV ainda é visto como consequência da falta de proteção em situações de risco, gerando a permanência de estereótipos, culpabilização e castigo, onde o indivíduo infectado é visto como responsável por sua condição, sendo uma consequência de seu comportamento (Silva & Abrantes, 2004). Portanto, pesquisas e ações voltadas a esta enfermidade devem sempre levar em conta a construção social da epidemia nos diferentes contextos e momentos históricos (Rabuske, 2009).

Atualmente, o número de jovens contaminados pelo HIV está crescendo. Desta forma, é importante compreender como os jovens estão lidando com essa doença, o que entendem e o que pensam sobre a aids e sobre as pessoas que vivem com HIV/aids, já que eles podem estar iniciando suas experiências sexuais em um contexto onde a aids está presente (Camargo, Barbará & Bertoldo, 2007).

#### **4.2 A ocorrência do HIV/aids na adolescência**

A adolescência pode ser definida como um período de transição entre a infância e a idade adulta. Tem início aproximadamente aos onze ou doze anos de idade, e envolve mudanças físicas, psicossociais e cognitivas (Papalia, Olds & Feldman, 2006). A transformação biológica fundamental da adolescência consiste no alcance da maturidade sexual, com transformações físicas, que influenciam na auto-imagem e na auto-estima (Sprinthall & Collins, 2003).

Este período é definido também como uma transição para a maturidade e início da puberdade. A puberdade constitui o fim da infância e resulta em mudanças biológicas, como crescimento em altura e peso, mudanças nas proporções e na forma do corpo e obtenção da maturidade sexual. A média de idade dos meninos para a entrada na puberdade é 12 anos, mas podem apresentar mudanças entre 9 e 16 anos.

Já as meninas entram nessa fase dos 8 aos 10 anos de idade (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Paralelamente às mudanças corporais, ocorre também a busca de identidade, a identificação com o grupo, a singularidade, a descoberta e a evolução da sexualidade (Camargo & Ferrari, 2009). As transformações dessa fase fazem com que os jovens vivam com intensidade as mudanças características deste período, e seus comportamentos e decisões são influenciados pelas interações sociais com outros jovens e com familiares. Esta fase da vida é muito importante, pois é nela que se produzem as mudanças físicas, psicológicas e sociais que influenciam a fase adulta (Roche, Alfaro, Aguilera, Sánchez & Valera, 2006).

Estas mudanças são acompanhadas por sentimentos que afetam o modo como os adolescentes veem a si mesmos, em decorrência das alterações de seu corpo, e determinam a imagem corporal e a identidade sexual. Geralmente, é nessa fase que os jovens tornam-se sexualmente ativos, comportamento esse que tende a se estabelecer no início da adolescência, e ocorre com maior frequência ao longo deste período (Sprinthall & Collins, 2003).

A capacidade de experimentar uma relação sexual resulta de uma complexa exposição a papéis, comportamentos, costumes morais e valores transmitidos pela sociedade, fatores estes que influenciam na expressão da sexualidade e na relação dos adolescentes com seus grupos. A aceitação pelo grupo é um aspecto importante para a experiência social dos adolescentes. Neste período, os grupos englobam regras e exigem determinados comportamentos de seus membros, para que possam pertencer a determinado grupo. Geralmente, as atitudes desviantes e comportamentos negativos conduzem a situações de rejeição, e a aceitação social envolve frequentemente comportamentos aceitáveis e que demonstrem amizade e sociabilidade (Sprinthall & Collins, 2003).

Nessa fase, os adolescentes passam por um processo de comparação social, onde os adolescentes comparam seu próprio comportamento com o dos outros indivíduos da mesma idade e posição social, e através desta comparação, fazem sua auto-avaliação. Nesse sentido, estar à altura dos colegas quando se compara à eles é algo importante para os adolescentes, e resulta em uma auto-imagem positiva e em um reconhecimento social. Este sentimento de reconhecimento social engloba comportamentos e atitudes associados aos padrões sociais e pessoais, que acompanham as relações íntimas ao longo da

vida e permeiam o início da sexualidade na adolescência (Sprinthall & Collins, 2003).

A auto-imagem e o reconhecimento social são aspectos que estão envolvidos no modo como os adolescentes formam seus grupos e diferenciam-se uns dos outros. Essa diferenciação influencia na maneira como vão estabelecer seus relacionamentos sexuais e a escolha dos parceiros, guiando suas atitudes e comportamentos de acordo com os grupos que estão inseridos (Sprinthall & Collins, 2003). Desse modo, a adolescência pode ser caracterizada como a fase das descobertas, da formação de identidade, do início da vida sexual e dos relacionamentos amorosos.

Com relação à sexualidade, Camargo e Ferrari (2009), salientam que, muitas vezes, os adolescentes manifestam a sexualidade através de práticas sexuais desprotegidas, devido à falta de informação, de comunicação entre os familiares, tabus ou pelo fato de ter medo de assumi-la. Isso pode tornar-se um problema, na medida em que esses jovens ficam vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada por ter práticas sexuais sem proteção.

Em nossa sociedade, a adolescência é associada à desordem, irresponsabilidade e principalmente aos riscos de gravidez indesejada, DST's, uso de drogas e violência. Isso leva a uma visão negativa desse período da vida. Dentro deste enfoque, surge a noção de vulnerabilidade. Assim, deve-se identificar questões que podem aumentar o grau de vulnerabilidade dos adolescentes frente aos riscos, como condições de vida, saúde e acesso à informações sobre prevenção e promoção da saúde, relacionando aos contextos socioculturais dos jovens (Brasil, 2005).

Além da experiência da gravidez e o uso de drogas entre adolescentes e jovens, o Ministério da Saúde (2005) indica que há um significativo aumento da infecção pelo HIV/aids nesta população nos últimos anos, onde 13,4% dos casos diagnosticados entre 1980 e 1998 foram em adolescentes. Em Santa Catarina, houve 1057 novos casos no ano de 2011, sendo que destes, 232 foram entre jovens de 15 a 29 anos. Em Florianópolis, 52 novos casos entre jovens de 15 a 29 anos foram diagnosticados em 2011 (Brasil, 2011). Dados do Ministério da Saúde (2008) indicam que os jovens em geral possuem bom conhecimento sobre a aids, mas que este conhecimento não está refletido na adoção das práticas de prevenção, como o uso de preservativo. Além disso, relações sexuais casuais são mais frequentes entre os jovens dessa faixa etária, sendo que este fato, associado ao não uso do preservativo, aumenta as chances de contágio e pode explicar o aumento do número

de infecções neste grupo. Roche e cols (2006) observaram que 21% dos jovens usam preservativo em todas as relações, 49% usam às vezes e 29% nunca usam. As razões para o não uso do preservativo são relatadas como incômodo, esquecimento e confiança no parceiro (a).

Em uma pesquisa com adolescentes, Borges e Schor (2005) verificaram que a primeira relação sexual de jovens em São Paulo ocorreu em média aos 15 anos de idade, e foi referida como tendo acontecido ao acaso, sem ter sido planejada, por 72,7% deles. Nesta primeira relação, o uso de métodos contraceptivos não foi utilizado por 39% dos jovens, o que indica que muitos adolescentes ainda iniciam sua vida sexual sem proteção contra DSTs e gravidez.

Alguns jovens expressam baixa percepção de risco de contrair HIV, e muitos deles relataram a troca frequente de parceiros e o não uso de preservativo (Borbón & González, 2010). Além disso, o HIV/aids não aparece em primeiro lugar na ordem dos riscos aos quais os jovens sentem-se expostos. Ela foi citada depois de doenças graves como câncer e da violência urbana (Jeolás, 2005). A não preocupação com a possibilidade de contrair HIV pode ser devido ao longo período de incubação do vírus, que não tem consequências manifestas de imediato, o que pode levar os adolescentes a pensar que não correm este risco (Borbón & González, 2010). Entretanto, pesquisas indicam que 30% das pessoas portadoras do HIV com idade entre 20 e 29 anos, se contaminaram durante sua adolescência, considerando o período de latência entre a infecção do vírus e as manifestações da aids, que pode durar entre dois e onze anos (Guerrero, Quiróz, Sánchez & Rodríguez, 2002; Dávila, Tagliaferro, Bullones & Daza, 2008).

Nunes e Andrade (2009) realizaram uma pesquisa com adolescentes em situação de rua, e as meninas em situação de prostituição referiram ter conhecimento sobre as DST/Aids e o uso de preservativos para a sua prevenção, mas na prática, não os adotam com os clientes fixos ou com os namorados, pois acham que eles não têm a doença. Além disso, elas acreditam também que seus relacionamentos amorosos são imunes às DST's. O uso de preservativo pode ser visto também como algo que abala a confiança existente entre os parceiros, por questionar a fidelidade de um ou de ambos, ou por perder o clima em um encontro sexual, onde a interrupção da relação para colocar o preservativo é vista como uma interferência (Madureira & Trentini, 2008).

O problema do risco do HIV/aids em adolescentes envolve a contraposição entre o início das experiências amorosas e comportamentos comunicativos que permitam um aumento efetivo do

conhecimento com relação à aids. Pesquisas ligadas à vulnerabilidade dos adolescentes à infecção pelo HIV/aids constituem um corpo de conhecimento que permite orientar medidas concretas a serem tomadas para combater a doença (Camargo, 2009).

### 4.3. Pesquisas empíricas sobre aids, preconceito e adolescência

Com o intuito de pesquisar os trabalhos realizados sobre preconceito entre adolescentes a respeito da aids e pessoas que vivem com HIV/aids, foi realizado um levantamento da literatura em bases de dados nacionais e internacionais. As bases de dados nacionais pesquisadas foram *Scielo* e *BVS-Psi*. Estas duas bases foram selecionadas devido ao acesso livre e por compreenderem grande número de revistas da área da Psicologia. Já as bases internacionais selecionadas foram *Ebsco Host* e *APA PsycNET*. Apesar de ambas serem de acesso restrito, essas duas bases foram selecionadas pela sua relevância na área da Psicologia e pela abrangência de revistas e pesquisas internacionais. A partir da revisão teórica realizada neste estudo, optou-se por utilizar o descritor “preconceito”. Para refinar as buscas, utilizou-se também, em conjunto, os descritores “aids” e “adolescência”. A pesquisa combinou os termos na língua portuguesa, inglesa e espanhola, ligados pelo conector “AND”. Portanto, as estratégias de busca foram: *aids AND adolescence AND prejudice*; *aids AND adolescência AND preconceito*; *sida AND adolescencia AND prejuicio*.

Na busca realizada nas bases de dados referidas, os trabalhos foram delimitados por ano de publicação, sendo selecionados apenas aqueles publicados a partir de 2005, para verificar trabalhos mais atuais sobre o assunto. Foram encontrados 408 artigos, sendo que 286 encontravam-se na *Ebsco Host*, 113 na *BVS-Psi*, 11 na *APA PsycNET* e 1 na *Scielo*. Esses documentos foram selecionados e, posteriormente, foram excluídos artigos que não apresentavam o resumo (6) e artigos que apareciam duplicados (20), ou seja, em mais de uma base de dados. Foram excluídas também as publicações que referiam-se a livros (2) ou resenha de livros (1). Após esse procedimento, restaram 379 resumos. Após a análise desses resumos, tendo em vista a especificidade do assunto pesquisado, foram selecionados apenas os estudos que estavam relacionados diretamente com a temática desta pesquisa, resultando em 14 artigos.

A partir da leitura dos artigos selecionados, foi possível observar que os estudos trouxeram uma relação entre o conhecimento

sobre prevenção e transmissão do HIV com o preconceito. Dentre os 14 artigos selecionados, 11 eram de revistas internacionais e 3 de revistas nacionais. Todos os artigos utilizaram o método de Levantamento de dados. Além disso, 12 deles realizaram estudos de corte transversal e 2 de corte longitudinal. No que diz respeito às técnicas utilizadas, oito artigos utilizaram questionários/escalas, e seis empregaram o uso de entrevistas. A descrição das características dos artigos selecionados pode ser observada na tabela 1.

Tabela 1. Descrição das características gerais dos estudos encontrados na revisão de literatura sobre preconceito e aids.

<b>Autores e ano de publicação</b>	<b>Periódico</b>	<b>Tipo de Pesquisa</b>	<b>Método</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Participantes</b>
Al-Iryani, B e cols (2010).	International Quarterly Of Community Health Education.	Transversal	Levantamento de dados	Questionário/ Escala	2,274 estudantes de 27 escolas de Ensino Médio
Garcia, S, Koyama, M. A. H. (2008)	Revista de Saúde Pública.	Longitudinal	Levantamento de dados	Questionário	3.600 pessoas
Seidl e cols (2010).	Psico USF	Transversal	Levantamento de dados	Questionário/ Escala	503 universitários
Ganczak, M. e cols (2007).	J Adolesc Health	Transversal	Levantamento de dados	Questionário	267 estudantes do Ensino Médio
Dias, S.F. e cols (2006)	AIDS Care	Transversal	Levantamento de dados	Entrevistas	84 adolescentes distribuídos em 14 grupos focais
El-Gadi, S. e cols (2008)	International Journal of STD & AIDS	Longitudinal	Levantamento de dados	Questionário	1082 estudantes do Ensino Médio
Visser, M.J. e cols (2009)	AIDS Care	Transversal	Levantamento de dados	Entrevistas	1100 participantes
Chikovore, J. e cols (2009).	African Journal of AIDS Research	Transversal	Levantamento de dados	Entrevistas	546 adolescentes
Adebayo, S.B. e cols. (2010)	African Journal of AIDS Research	Transversal	Levantamento de dados	Entrevistas	24 grupos focais
Maswanya, E.S. e cols (2009).	East African Journal of Public Health	Transversal	Levantamento de dados	Entrevistas	20 estudantes
Badahdah, A.M., Sayem, N. (2010).	Eastern Mediterranean Health Journal	Transversal	Levantamento de dados	Questionário	400 estudantes de psicologia
Collani, G.V e cols (2010).	Journal of Applied Social Psychology	Transversal	Levantamento de dados	Questionário	558 pessoas
Camargo, B.V. e cols (2007).	Psicologia em Estudo	Transversal	Levantamento de dados	Questionário	262 estudantes do Ensino Médio
Thi, M.D.A. e cols (2008)	AIDS Behavior, 12, 63-70	Transversal	Levantamento de dados	Entrevistas	53 participantes



O estudo de Thi e cols (2008) teve como objetivo verificar o estigma e a discriminação para com as pessoas que vivem com HIV/aids. Os autores realizaram sete grupos focais com 53 pessoas que vivem com HIV/aids, onde foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, baseadas em suas experiências com a discriminação e os efeitos em suas vidas e atividades diárias. Os participantes relataram sofrer discriminação em vários setores da sociedade, como na família, na comunidade, nos serviços de saúde e no local de trabalho. Além disso, os entrevistados apontaram o medo e a falta de conhecimento dos meios de transmissão do HIV como principal causa da discriminação. Uma das consequências da falta de conhecimento relatadas no estudo é a falsa crença de que o HIV pode ser transmitido pelo contato casual com a pessoa e com os objetos usados por ela. O medo do HIV e da pessoa que vive com HIV/aids é decorrente em parte da mídia, que em suas campanhas contra a aids, no contexto do estudo, veiculam a ideia da doença associada a morte. Alguns participantes também declararam ser tratados de forma diferente pelos profissionais quando procuram serviços de saúde, como também em seus empregos, quando os colegas de trabalho sabem que vivem com HIV/aids. Muitos deles relataram que não divulgam seu diagnóstico para não sofrer discriminação, inclusive de vizinhos e amigos (Thi & cols, 2008).

Collani, Grumm e Streicher (2010) utilizaram questionários on-line, disponibilizado em uma plataforma de pesquisa on-line, para verificar o preconceito com relação às pessoas que vivem com HIV/aids. O questionário era composto de escalas para medir as falsas crenças sobre transmissão do HIV através do contato casual e as atitudes. Participaram deste estudo 558 pessoas de 14 a 68 anos. Os autores verificaram que as atitudes para com as pessoas que vivem com HIV/aids estão relacionadas com comportamentos de distância social e com a atribuição de responsabilidade para as pessoas que vivem com HIV/aids por ter adquirido a doença.

Al-Iryani, Raja'a, Kok e Van Den Borne (2010) realizaram um estudo com adolescentes para verificar a discriminação para com as pessoas que vivem com HIV/aids, como também o nível de conhecimento da transmissão e prevenção do HIV. Participaram deste estudo 2.274 estudantes de 27 escolas de Ensino Médio do Yemen. Os adolescentes demonstraram alto nível de discriminação com relação às pessoas que vivem com HIV/aids, opinando que as pessoas com HIV/aids deveriam ser punidas e isoladas. Além disso, observou-se também que os sujeitos pesquisados tinham pouco conhecimento sobre a

transmissão do HIV, respondendo que o HIV pode ser transmitido por dividir talheres e copos, aperto de mão e picada de mosquito.

Resultados semelhantes foram encontrados por Badahdah e Sayem (2010), em estudo com 400 universitários. Através da aplicação de um questionário, estes autores verificaram que os estudantes não têm conhecimento sobre transmissão do HIV, sendo que apenas 29% dos participantes relataram saber que picada de mosquito não transmite o vírus. Além disso, os universitários demonstraram ter preconceito com as pessoas que vivem com HIV/aids, relatando atitudes negativas com relação à elas. Ganczak e cols (2007), em seu estudo com 267 alunos do Ensino Médio, observaram também, através da aplicação de um questionário, que há falta de conhecimento dos alunos sobre a transmissão do vírus, sendo que apenas 31% sabiam que não há vacina e não há cura para a aids. Ainda, 53% dos estudantes responderam que as pessoas que vivem com HIV/aids deveriam ser forçadas a viverem afastadas e 57% dos participantes disseram que o que aprendem na escola sobre aids é insuficiente para terem informação sobre transmissão do HIV.

Garcia e Koyama (2008) realizaram um levantamento nacional, de corte transversal, com 3.600 pessoas, para identificar atitudes discriminatórias com relação às pessoas com HIV/aids em dois momentos, 1998 e 2005. Em seu estudo, os autores verificaram que as pessoas mais jovens, com até 34 anos, apresentaram menor intenção de discriminação do que as pessoas acima de 35 anos. Pessoas com menor nível de escolaridade demonstraram maior intenção de discriminação do que pessoas com maior nível de escolaridade. Além disso, a falta de informação a respeito da transmissão do vírus pode gerar maior discriminação com relação às pessoas que vivem com HIV/aids, ocasionando isolamento e afastamento daqueles que vivem com o HIV/aids.

Seidl, Ribeiro e Galinkin (2010), com o objetivo de identificar as opiniões a respeito do HIV/aids, aplicaram um questionário com afirmativas relacionadas a pessoas que vivem com HIV/aids em 503 universitários. Os estudantes demonstraram maior preconceito com relação ao direito de maternidade das mulheres que vivem com HIV/aids e a responsabilização da pessoa com HIV/aids por sua condição. Entretanto, no restante das afirmativas, houve frequência elevada de respostas não preconceituosas entre os universitários.

El-Gadi, Abudher e Sammud (2008) em seu estudo com 1082 estudantes do Ensino Médio, na Líbia, também verificaram que os estudantes não demonstraram ter atitudes discriminatórias com relação

às pessoas que vivem com HIV/aids. Resultados semelhantes também foram encontrados por Dias, Matos e Gonçalves (2006), em seu estudo com 84 adolescentes distribuídos em 14 grupos focais. A partir das discussões nos grupos focais, os autores verificaram que os alunos tiveram um bom conhecimento sobre a transmissão do HIV e suas opiniões a respeito das pessoas com HIV/aids foram tolerantes e positivas.

Em um trabalho realizado por Visser e cols (2009), 1077 participantes responderam um questionário sobre conhecimento da transmissão do HIV e atitudes preconceituosas com relação às pessoas que vivem com HIV/aids. A aids foi relacionada com morte e julgamentos morais pelos respondentes. Os participantes demonstraram ainda ter atitudes preconceituosas com relação à essas pessoas, preferindo manter distância delas. Dentre eles, os que apresentaram menor conhecimento sobre transmissão do HIV relataram maior preconceito com relação às pessoas que vivem com HIV/aids.

Resultados parecidos foram encontrados por Chikovore, Nystrom, Lindmark e Ahlberg (2009). Em sua pesquisa com 546 estudantes, os autores observaram que a aids foi associada com sofrimento, solidão, quarentena e morte. Os jovens declararam que teriam dificuldades de comunicação com pessoas que tivessem HIV/aids ou que eles suspeitassem que tivessem a doença. Os estudantes também demonstraram ter pouco conhecimento sobre a transmissão do HIV. Já no estudo realizado por Camargo, Barbará e Bertoldo (2007), com 262 adolescentes, os autores verificaram que a aids está associada aos elementos doença, morte, medo, sofrimento, preconceito, prevenção e responsabilidade. Mais da metade (55%) dos adolescentes não foram considerados bem informados a respeito do HIV/aids.

Os resultados do trabalho de Adebayo e cols (2010), de base populacional, com 10.090 respondentes, apontaram que a maioria dos participantes não sabiam que uma pessoa com aparência saudável podia possuir HIV/aids. Além disso, pessoas que demonstraram maior conhecimento sobre as formas de prevenção e transmissão do HIV identificaram com maior precisão comportamentos considerados “de risco”, em que poderiam adquirir o HIV.

Maswanya, Brown e Merriman (2009) realizaram uma pesquisa qualitativa com estudantes de idade entre 19 e 24 anos, com o objetivo de verificar as atitudes deles com relação as pessoas que vivem com HIV/aids. Os autores constataram que o medo da transmissão do HIV/aids é responsável por atitudes discriminatórias relatadas pelos estudantes, como afastar-se destas pessoas. A falta de conhecimento

sobre HIV/aids também foi descrita aqui neste estudo como um dos fatores que contribuem para a discriminação.

A maioria dos estudos encontrados nesta revisão de literatura constatou que quanto menor o conhecimento sobre as formas de prevenção e transmissão do HIV, maior é o preconceito com as pessoas que vivem com HIV/aids. Além disso, o medo da transmissão do vírus faz com que surjam estereótipos relacionados às pessoas que vivem com HIV/aids, onde estas pessoas são vistas como doentes ou contagiosas, o que reflete em atitudes preconceituosas e discriminatórias com relação a estas pessoas. Desta forma, procurou-se identificar, dentre os participantes desta pesquisa, as representações sociais das pessoas que vivem com HIV/aids, bem como os estereótipos presentes nessas representações relacionados à esta doença.

## **5. MÉTODO**

### **5.1. Delineamento da Pesquisa**

Este estudo é de natureza qualitativa e quantitativa. Possui um delineamento descritivo, com corte transversal, pois se almejou descrever como se manifesta o fenômeno de interesse na amostra, sendo que a coleta dos dados e informações sobre o objeto a que se refere se deu em um só momento (Sampieri, Colado & Lucio, 2006).

### **5.2. Participantes**

Participaram deste estudo 300 estudantes do 2º ano do ensino médio, de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas e particulares de Florianópolis. Dentre os participantes, 153 eram de escolas públicas e 147 de escolas particulares, selecionados de forma não-probabilística, pois as turmas foram indicadas pela direção das escolas. A escolha dos alunos desta faixa etária deveu-se ao fato de que eles encontravam-se na adolescência, e é nesta fase da vida que geralmente se inicia os relacionamentos amorosos e as relações sexuais (Brasil, 2010; Camargo & Ferrari, 2009). Optou-se pela 2ª série porque neste período, os alunos estão tendo disciplinas relacionadas às áreas da saúde e educação sexual, o que contribuiu para o estudo, pois os alunos estão mais familiarizados com o tema.

### **5.3. Instrumento**

Utilizou-se na pesquisa um questionário auto-administrado e estruturado, com questões abertas e fechadas, dividido em 13 questões. As questões um e dois estavam relacionadas às opiniões dos estudantes em relação às pessoas que vivem com HIV/aids e sobre a aids, respectivamente. Para isso, foram apresentadas uma questão de evocação livre (questão 1) e uma questão aberta (questão 2), com o objetivo de identificar os estereótipos presentes nas representações sociais dos estudantes com relação à doença e às pessoas que vivem com HIV/aids, bem como a estrutura e conteúdo destas representações.

A questão três correspondia ao conhecimento científico dos estudantes a respeito da transmissão do vírus. Para isto, utilizou-se um dos sub-testes do teste de conhecimento científico sobre o HIV/aids (TCCHA) elaborado por Camargo, Barbará e Bertoldo (2005). Este teste

é composto por 24 itens, no formato de respostas objetivas (Verdadeiro, Falso e Não sei), e é dividido em três sub-testes. Cada sub-teste aborda dimensões relacionadas ao HIV e aids, sendo que o sub-teste 1 refere-se à 10 questões sobre o HIV e sua transmissão, o sub-teste 2 é referente à infecção e ao tratamento, com 6 questões, e o sub-teste 3 é relacionado à prevenção, composto por 8 itens.

Para esta pesquisa, foi utilizado apenas o sub-teste 1, para verificar o conhecimento dos jovens a respeito da transmissão do vírus. Originalmente, este teste possui seis itens verdadeiros e quatro falsos. Devido às dúvidas relatadas no pré-teste realizado, alguns itens negativos foram modificados e transformados em positivos, por questão de compreensão do item. Dessa forma, o sub-teste nesse estudo ficou composto de nove itens verdadeiros e um falso. Para que o participante fosse considerado bem informado, era necessário que ele respondesse corretamente o número mínimo de sete questões no sub-teste 1.

A questão quatro estava relacionada à opinião dos participantes com relação às pessoas que vivem com HIV/aids. Foi utilizada uma situação fictícia, envolvendo uma pessoa que vive com aids, entretanto essa questão não foi considerada para fins de análise neste estudo, pelo grande número de respostas em branco. As questões cinco e seis procuraram identificar se os estudantes conheciam alguém que vive com HIV/aids, e a relação deles com esta pessoa. Teve como objetivo verificar se o fato de conhecer alguém com HIV/aids influencia nas atitudes com relação à estas pessoas e nas respostas ao questionário.

Na questão sete foi apresentado aos participantes as respostas de um adolescente de 17 anos a itens relacionados às pessoas que vivem com HIV/aids. As respostas desse estudante indicavam certo preconceito relacionado ao assunto. Os participantes foram questionados quanto ao seu grau de concordância com as respostas desse estudante. Para responder a estas questões, o participante indicava seu grau de concordância com a pergunta, assinalando um número em uma escala de 1 a 7, sendo que 1 correspondia a nenhuma concordância e 7 a muita concordância, e 4 correspondia ao ponto médio da escala. Dessa forma, pontuações acima de quatro, indicavam concordância com os itens relacionados às respostas do estudante fictício, o que demonstrava certo grau de preconceito dos participantes. Pontuações abaixo de quatro indicavam discordância com os itens, ou seja, uma atitude não preconceituosa com relação aos itens.

Esta questão possuía dois blocos: um relacionado à medida direta de preconceito, onde os participantes respondiam suas opiniões pessoais a respeito das respostas dadas pelo estudante, com três itens: A)

*Você concorda com as respostas desta pessoa? B) Você gostaria de ter essa pessoa como amigo/a? E) Com que impressão você ficou dessa pessoa?. O outro bloco estava relacionado a medida indireta de preconceito, ou seja, percepção de preconceito relacionado à outras pessoas, no caso aos adolescentes em geral, com 2 itens: C) Você acha que as respostas dessa pessoa são comuns entre os estudantes que você convive? D) Você acha que os adolescentes em geral teriam respostas semelhantes à este estudante sobre o assunto?.*

Na questão oito, foram apresentados aos participantes os mesmos itens que foram respondidos na questão anterior pelo estudante fictício do ensino médio. Para mensuração do preconceito, foi utilizada uma escala Likert de cinco pontos, sendo que 1 correspondia a “concordo totalmente” e 5 a “discordo totalmente”. Inicialmente, a escala tinha 11 itens, com 5 afirmações favoráveis e 6 afirmações desfavoráveis. Após análises dos itens através do índice do alfa de Cronbach, um item foi retirado da escala: *Uma pessoa com HIV/aids não divulga sua condição para se proteger da discriminação social*. Assim, obteve-se um alfa de Cronbach de 0,70, e a escala ficou composta de 10 itens, com 4 afirmações favoráveis e 6 afirmações desfavoráveis. O índice do alfa de Cronbach é uma das análises disponíveis para verificar a confiabilidade do instrumento. Ele proporciona uma estimativa da consistência interna a partir das variâncias dos itens e dos totais do teste por sujeito. Dessa forma, o alfa de Cronbach estima a uniformidade dos itens e sua contribuição para a soma do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. Geralmente, um instrumento é classificado como tendo confiabilidade apropriada quando o alfa é pelo menos 0.70 (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Alguns dos itens dessa escala foram adaptados de questões criadas por Camargo (1997) e de uma escala de atitudes criada por Moriya, Gir e Hayashida (1994), sendo que alguns itens foram criados pela autora do estudo. Para digitação e posterior análise dos dados, os itens negativos foram invertidos, ou seja, a tabulação dos dados negativos foi realizada de forma inversa (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1). Desse modo, quanto maior fosse o escore da pessoa na escala, maior o indicativo de preconceito da pessoa com relação a escala.

A questão nove estava relacionada com a fonte de informação dos estudantes a respeito da aids, sua prevenção e sua transmissão. Esta questão teve como objetivo verificar de que forma os estudantes obtiveram as informações sobre a aids e qual fonte eles consideravam principal para obter essas informações. Já a questão dez era composta de itens referentes ao convívio e relações sociais com pessoas que vivem

com HIV/aids. Os itens alternavam o grau de distância social para situações em que os participantes pudessem estar mais envolvidos ou mais distantes destas pessoas. Por fim, as questões onze, doze e treze referiam-se à caracterização da amostra: sexo, idade e renda familiar.

Este questionário foi submetido a um pré-teste para avaliar a compreensão e a formulação dos itens. Foi aplicado em uma amostra semelhante aos estudantes que participaram da pesquisa e pediu-se para que eles avaliassem o questionário. Esta amostra foi composta de 35 alunos. Após esse procedimento, foram realizadas as modificações sugeridas e um novo pré-teste foi realizado, com 25 alunos. Feito isso, verificou-se que as modificações realizadas estavam adequadas e que o questionário não apresentava problemas de compreensão, iniciando-se então a coleta dos dados. O instrumento encontra-se no apêndice B.

#### **5.4. Procedimento**

Para a aplicação do questionário, foi realizado um contato prévio com as escolas, a fim de apresentar o estudo e esclarecer o objetivo da pesquisa, além de explicar que a participação dos alunos era voluntária e que estes não seriam identificados. Após a escola autorizar a realização da pesquisa, realizou-se a escolha das turmas, pela direção da escola, e o contato com o professor responsável da disciplina para autorizar a utilização de seu horário de aula para a aplicação do questionário. Este contato com o professor também foi realizado pela direção da escola.

Depois dessas duas etapas, foi realizada a aplicação do questionário pela pesquisadora. Antes da distribuição do questionário, a pesquisadora esclareceu o objetivo da pesquisa e convidou os participantes a responderem o questionário. A pesquisadora ainda orientou os alunos sobre como responder o instrumento e esclareceu possíveis dúvidas sobre ele. A aplicação do instrumento ocorreu em situação coletiva nas salas de aula. Ao final da aplicação, a pesquisadora recolheu os questionários dos alunos que se dispuseram a respondê-lo, como também esclareceu qualquer tipo de dúvida e forneceu informações aos alunos com relação aos itens do questionário e ao tema da pesquisa, quando solicitado.



## **5.5. Aspectos éticos**

De acordo com a norma 196/96 do conselho Nacional de saúde, a pesquisa foi submetida ao conselho do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina e obteve parecer favorável ao processo 1814/11. Os alunos foram informados sobre a pesquisa e sobre seus procedimentos, e ficou a critério do aluno participar ou não da pesquisa (participação voluntária). Eles não foram identificados em nenhum momento do estudo. A pesquisadora entrará novamente em contato com as escolas participantes e lhes será dada uma devolutiva, com os resultados gerais obtidos na pesquisa, sem identificação dos alunos que participaram.

### **5.5.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Não foi solicitado consentimento aos pais dos alunos, pois o projeto foi apresentado e esclarecido para as direções das escolas. Não houve necessidade de solicitar a autorização dos pais dos alunos em função das atividades implicadas na pesquisa serem similares as atividades já desenvolvidas pelos professores em suas disciplinas, pois envolvem questões relacionadas à saúde e inclusão social.

Além disso, as temáticas trabalhadas neste projeto e no questionário que foi aplicado estavam relacionadas com a proposta curricular da Secretaria de Estado da Educação de Santa Catarina (1998). Deste modo, a autorização da direção da instituição já foi suficiente para a realização da pesquisa. Entretanto, foi entregue à direção das escolas um documento esclarecendo os procedimentos da pesquisa, com o email e telefone da pesquisadora, para esclarecer qualquer dúvida com relação ao estudo. Este documento encontra-se no apêndice A.

## **5.6. Análise dos dados**

Para as questões fechadas do questionário, realizou-se análise estatística descritiva (distribuição das frequências absoluta e relativa, medidas de dispersão e tendência central) e análise estatística relacional (correlação de Pearson, teste *t* de *Student*, teste qui-quadrado) através do Pacote Estatístico SPSS (*Statistical Package Social Sciences*), versão 17.0.

A análise dos dados obtidos na questão de evocação livre foi prototípica, que é um procedimento realizado com evocações livres, onde se computam as frequências e a ordem média de evocação das palavras que aparecem. Este tipo de análise permite verificar os elementos que compõe uma representação (Sá, 1996). Foram empregados dois programas informáticos, *Evocation* 2000 (Scano, Junique & Verges, 2002) e *Similitude* 2000 (Junique, Barbry, Scano, Zeliger & Verges, 2002). O programa *Evocation* 2000 fornece hipóteses dos elementos que constituem o núcleo central da representação.

O programa *Similitude* 2000 permite examinar a relação dos elementos da representação em uma estrutura gráfica. A análise de similitude foi introduzida na área das representações sociais na década de setenta, por Claude Flament, Vêrges e Degenne, e se tornou a principal técnica para obter o grau de conexidade dos elementos da representação, permitindo visualizar sua organização (Sá, 1996).

Para análise da questão aberta sobre aids, foi utilizado o programa ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*). O *corpus* de análise do ALCESTE (Reinert, 1998) constitui-se num material textual centralizado em um tema, e é composto por unidades de contexto iniciais (UCIs), onde cada resposta foi considerada uma UCI. O programa realiza uma análise de classificação hierárquica descendente (CHD), que ilustra relações entre as classes lexicais caracterizadas pelos segmentos de texto e seus respectivos vocabulários. O programa ainda fornece resultados que descrevem cada classe pelo seu vocabulário (Camargo, 2005).

### **5.6.1. Tabulação dos dados**

Os dados do questionário, provenientes das questões fechadas, foram tabulados em uma planilha por meio do software SPSS 17.0. Os dados da questão de evocação livre e da questão aberta sobre aids foram digitados em uma planilha do Excel e em um documento no Word, respectivamente.

## **6. RESULTADOS**

### **6.1. Caracterização dos participantes**

Dentre os 300 participantes do estudo, 153 (51%) eram estudantes de escolas públicas e 147 (49%) de escolas particulares de Florianópolis, alunos do segundo ano do ensino médio. A idade dos participantes variou de 15 a 19 anos ( $M = 16,29$ ;  $Mo = 16$ ;  $DP = 0,77$ ). Com relação ao sexo, 145 (48,3%) eram do sexo masculino e 155 (51,7%) eram do sexo feminino. Quanto ao nível sócio-econômico dos estudantes, 95 (31,7%) declararam ter renda familiar de até três salários mínimos, 94 (31,3%) tinham renda entre quatro e seis salários mínimos, 61 (20,3%) afirmaram ter renda maior que 10 salários e 47 (15,7%) responderam ter renda entre sete e dez salários mínimos.

### **6.2. Conhecimento sobre a transmissão do HIV**

De acordo com o TCCHA, para que a pessoa seja considerada bem informada, ou para que apresente um conhecimento científico a respeito do assunto, é preciso que obtenha pelo menos sete acertos. Seguindo este critério, 128 (42,7%) dos adolescentes pesquisados foram considerados bem informados, enquanto que 172 (57,3%) participantes tiveram menos de sete acertos, e, portanto, não foram considerados bem informados a respeito da transmissão do HIV/aids. Os participantes apresentaram uma média de 6,16 acertos no sub-teste 1 do TCCHA ( $DP = 1,47$ ).

Tabela 2. Distribuição das respostas dos participantes por item do sub-teste 1 do Teste de conhecimento científico sobre HIV/aids.

	<b>Itens</b>	<b>Acertos (%)</b>	<b>Erros (%)</b>	<b>Não sabe (%)</b>
1.	A aids é uma doença que surge a partir da infecção pelo vírus HIV.	87,0	4,7	7,0
2.	A aids é uma síndrome decorrente da deficiência no sistema imunológico.	30,0	44,0	25,0
3.	O HIV necessita do organismo humano como hospedeiro para sobreviver.	60,7	12,3	25,3
4.	O HIV pode ser transmitido na primeira relação sexual com o parceiro.	88,3	6,7	3,7
5.	A saliva transmite o vírus HIV.	79,0	8,7	10,7
6.	Os resultados positivos do teste de detecção do HIV, não significam que uma pessoa apresentará, em curto espaço de tempo, os sintomas da doença da aids.	57,3	13,0	28,7
7.	No Brasil, o maior número de casos notificados da infecção pelo HIV é em indivíduos do sexo masculino.	29,3	12,7	57,3
8.	O HIV pode agir diretamente no sistema nervoso central induzindo lesões neurológicas.	13,7	32,0	52,7
9.	As relações sexuais sem proteção e com penetração anal ou vaginal podem transmitir o vírus HIV.	95,0	2,7	1,7
10.	O vírus HIV possui grande capacidade de mutação, o que dificulta produzir uma vacina eficaz.	73,0	3,7	23,0

Conforme a tabela 2, os adolescentes apresentaram dificuldades em entender a aids como uma síndrome, sendo que 44% dos participantes erraram o item 2, referente ao fato da aids ser uma síndrome decorrente da deficiência no sistema imunológico. Além disso, 57,3% dos adolescentes não souberam responder o item relacionado ao sexo mais atingido pela doença, que é o masculino, e 52,7% dos participantes não sabiam dizer se o HIV pode agir diretamente no sistema nervoso central, induzindo lesões neurológicas. No que diz respeito ao sexo, tipo de escola, renda e conhecer alguém com aids, procurou-se verificar se estas variáveis estavam relacionadas com o conhecimento sobre a transmissão do HIV.

Tabela 3. Relação entre as características dos participantes e conhecimento sobre a transmissão do HIV.

Variáveis		M	DP	t	gl	p
Sexo	Masculino	6,31	1,47	1,68	298	0,094
	Feminino	6,03	1,45			
Escola	Pública	5,94	1,58	2,80	298	0,007*
	Particular	6,39	1,30			
Renda	1 a 6 salários	5,96	1,46	3,28	295	0,001*
	7 ou mais salários	6,54	1,42			
Conhece alguém com aids	Sim	6,12	1,52	0,44	298	0,66
	Não	6,19	1,44			

\* diferença de média entre os grupos é estatisticamente significativa em nível de significância maior que 95% ( $p < 0,05$ ).

Conforme a tabela 3, os alunos das escolas particulares apresentaram uma média de acertos sobre a transmissão do HIV maior do que os alunos das escolas públicas [ $t(298)=2,80$ ;  $p=0,007$ ]. Contudo, tanto os alunos das escolas públicas quanto particulares não atingiram o ponto mínimo de acertos no sub-teste 1 para serem considerados bem informados a respeito do assunto. Os participantes que declararam ter renda de sete ou mais salários mínimos apresentaram uma média de acertos significativamente maior do que os participantes com renda de um a seis salários mínimos [ $t(295)=3,28$ ,  $p=0,001$ ]. Ou seja, quanto maior a renda, maior foi a média de acertos dos participantes. Entretanto, independente da renda familiar, os participantes não obtiveram o número mínimo de sete acertos para serem considerados bem informados no sub-teste 1.

Segundo a tabela 3, no que diz respeito às variáveis sexo e conhecer alguém com aids, a relação destas com a média de acertos dos participantes não foi significativa. Os rapazes apresentaram uma média de acertos um pouco maior que as moças, porém essa diferença entre as médias não foi significativa. Tanto os rapazes quanto as moças obtiveram menos de sete pontos. O fato de conhecer ou não alguém com aids também não mostrou diferença significativa com relação à média de acertos dos participantes no sub-teste 1.

### 6.3. Fontes de informação sobre a aids

Com relação a principal fonte de informação sobre a aids, 125 participantes (41,7%) relataram ter a escola como principal fonte de informação sobre as formas de proteção, prevenção e transmissão da aids, 62 (20,7%) apontaram a televisão e as revistas como fonte principal de informações, 47 (15,7%) declararam a família como principal fonte e 38 (12,7%) assinalaram outras opções, como internet e amigos. Não houve associações significativas com outras variáveis de estudo.

### 6.4. Proximidade com pessoas que vivem com HIV/aids

Entre as respostas obtidas pelos 300 participantes, 187 deles (62,3%) afirmaram não conhecer pessoas que vivem com HIV/aids, enquanto que 113 participantes (37,7%) declararam conhecer alguém que vive com a doença. Dos que afirmaram conhecer alguém com aids, 38 (33,6%) declararam que essa pessoa é algum conhecido, 35 (31%) responderam ter familiares com a doença e 34 (30%) declararam ter amigos que vivem com aids. Além disso, seis participantes (5,4%) assinalaram mais de uma opção: 3 assinalaram ter amigos e familiares com aids, 2 responderam ter amigos e conhecidos com a doença e uma pessoa declarou ter um amigo e ex-namorado que vive com HIV/aids.

Com relação ao tipo de escola, 71 alunos da escola pública declararam conhecer alguém com aids, enquanto que nas escolas particulares, este número foi de 42 alunos. Há associação significativa fraca entre as variáveis tipo de escola e conhecer alguém com aids ( $\chi^2=10,15$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,001$ ;  $CC = 0,18$ ).

### 6.5. Preconceito

#### 6.5.1. Medida de Preconceito direto e indireto

A questão sete estava relacionada a medida direta de preconceito, onde os participantes respondiam suas opiniões pessoais a respeito das respostas dadas pelo estudante, e à medida indireta de preconceito, onde os participantes davam respostas relacionadas à outras pessoas, no caso aos adolescentes em geral. Com relação às respostas gerais dos 3 itens relacionados ao preconceito direto [A) *Você concorda com as respostas desta pessoa?* B) *Você gostaria de ter essa pessoa*

*como amigo/a? E) Com que impressão você ficou dessa pessoa?*], a pontuação dos estudantes foi abaixo do ponto médio, o que indicou, com a utilização desta escala, que os estudantes não concordaram com as respostas do sujeito apresentado no questionário ( $M=2,70$ ;  $DP=1,42$ ), e conseqüentemente, indicou que não houve preconceito de forma direta. A diferença quanto a variável sexo foi significativa para estes itens no geral [ $t(293) = 4,58$ ;  $p<0,001$ ]. Os rapazes tiveram uma menor discordância ( $M=3,07$ ;  $DP=1,44$ ) nos 3 itens do que as moças ( $M=2,33$ ;  $DP=1,31$ ), todavia ambos os sexos ficaram com pontuações abaixo do ponto médio.

No que diz respeito à distribuição das respostas dos 300 participantes aos dois itens relacionados ao preconceito indireto [C) *Você acha que as respostas dessa pessoa são comuns entre os estudantes que você convive? D) Você acha que os adolescentes em geral teriam respostas semelhantes à este estudante sobre o assunto?*], os participantes tiveram uma pontuação geral um pouco acima do ponto médio ( $M=4,12$ ;  $DP=1,65$ ). Isto indica que os participantes não se posicionaram com relação à concordância dos colegas e dos adolescentes em geral com as respostas do estudante fictício.

### **6.5.2. Escala de preconceito**

Depois de analisar as respostas do estudante apresentado no questionário, pediu-se aos participantes para que respondessem às mesmas afirmações, dando suas opiniões pessoais. Nessa questão, a média geral dos participantes indicou uma atitude não preconceituosa em relação aos itens ( $M=2,21$ ;  $DP=0,50$ ). Verificou-se, através do coeficiente de correlação  $r$  de Pearson, que houve uma associação negativa fraca entre a média dos estudantes na escala de Likert para preconceito e o conhecimento sobre HIV/aids ( $r = - 0,17$ ;  $p=0,001$ ), indicando que quanto maior o conhecimento sobre HIV/aids, menor o preconceito. Houve uma associação positiva moderada entre a média geral de preconceito dos estudantes e a média geral de concordância com as respostas do estudante fictício ( $r = + 0,43$ ;  $p<0,001$ ). Isso indica que quanto maior a concordância com as respostas do estudante fictício, maior é o escore dos participantes na escala Likert. Dessa forma, participantes que concordaram com as respostas do estudante apresentam atitude mais preconceituosa com relação às pessoas que vivem com HIV/aids. Não houve relação com as variáveis sexo, renda e tipo de escola.

Tabela 4. Distribuição do escore geral dos participantes nos itens da escala de preconceito.

<b>Item</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
1.Uma pessoa que vivem com HIV/aids traz muitos gastos à sociedade	2,46	1,05
2.Uma pessoa que vive com HIV/aids tem direito a não divulgar seu diagnóstico	2,46	1,05
3.Deve-se manter certa distância das pessoas que vivem com HIV/aids	1,73	0,92
4.É possível identificar uma pessoa com HIV/aids pela sua aparência	1,96	1,09
5.A pessoa que vive com HIV/aids de certo modo foi irresponsável e por isso foi contaminada pelo vírus	3,34	1,13
6.Uma pessoa que vive com HIV/aids tem direito à participação social	1,60	0,81
7.Na maior parte das vezes, uma pessoa com HIV não divulga sua condição para continuar a ter relações amorosas e sexuais	3,42	1,05
8.Uma pessoa que vive com HIV/aids deveria se afastar do convívio público com outras pessoas	1,53	0,80
9.As pessoas que vivem com o vírus HIV podem continuar a ter relações amorosas e sexuais com proteção	1,97	0,98
10.Pessoas que vivem com HIV/aids sofrem discriminação social	1,61	0,67

Conforme tabela 4, os participantes obtiveram, na maioria dos itens, escores baixos, o que indica que os estudantes não apresentaram preconceito com relação a maior parte das sentenças. Contudo, pode-se perceber que no item 5, relacionado a responsabilização da pessoa com aids, os estudantes apresentaram escores acima do ponto médio, o que pode indicar que os participantes concordaram que a pessoa com HIV/aids foi irresponsável e por isso contraiu o HIV. No item 7, os estudantes também apresentaram escores maiores que o ponto médio, o que pode indicar que os participantes acreditam que as pessoas com HIV/aids não divulgam seu diagnóstico para poder ter relações sexuais e amorosas.



### 6.5.3. Distância social

A questão dez do instrumento aplicado estava relacionada com itens de distância social. Os participantes assinalavam situações em que se relacionariam ou não com pessoas que vivem com HIV/aids. Para controlar o efeito da desajustabilidade social, esta questão foi apresentada de duas formas: 10a: *Em que situações você não se relacionaria com uma pessoa que vive com HIV/aids?* 10b: *Em que situações você se relacionaria com uma pessoa que vive com HIV/aids?*. Os questionários foram intercalados com os dois tipos de questões e foram distribuídos aleatoriamente para os participantes da pesquisa, sendo que 152 participantes (50,7%) receberam o questionário com a questão no formato 10a e 148 (49,3%) receberam questionários com a questão no formato 10b. A distribuição das respostas dos 300 participantes para cada item é apresentada na figura 1.

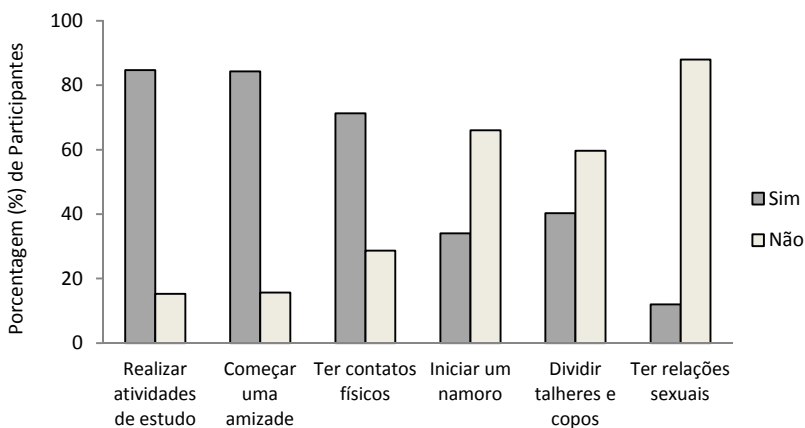


Figura 1. Frequência das respostas dos participantes aos itens de distância social. Fonte de dados brutos.

Em situações em que a distância social é relativamente maior, como realizar atividades de estudo, iniciar uma amizade e ter contatos físicos, os participantes afirmaram que se relacionariam com alguém que vive com HIV/aids. Quando a relação com a pessoa com HIV/aids é mais próxima, como iniciar um namoro, dividir talheres e copos e ter relações sexuais, os participantes são maioria em relatar que não se relacionariam com alguém que vive com o vírus. Observa-se que

quando as situações de relacionamento vão aumentando o grau de intimidade, os participantes vão diminuindo sua aceitação de relacionar-se com a pessoa que vive com aids (ver figura 1).

Houve associação significativa, porém fraca, entre as variáveis conhecer alguém com aids e ter relação sexual com alguém que vive com HIV/aids ( $\chi^2=9,57$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,002$ ;  $CC = 0,17$ ). Além disso, a maioria dos itens de distância social está associada significativamente com os escores dos participantes nos itens da escala de preconceito.

Tabela 5. Relação entre o escore obtido na escala Likert de preconceito e os itens de distância social.

Itens		Escore	DP	t	gl	p
1.Realizar atividades de estudo	Sim	2,18	0,44	1,09	297	0,35
	Não	2,25	0,54			
2.Começar uma amizade	Sim	2,15	0,43	3,73	297	$p < 0,001^*$
	Não	2,42	0,53			
3.Ter contatos físicos	Sim	2,10	0,39	5,47	297	$p < 0,001^*$
	Não	2,41	0,54			
4.Iniciar um namoro	Sim	2,00	0,35	5,26	297	$p < 0,001^*$
	Não	2,28	0,47			
5.Dividir talheres e copos	Sim	2,03	0,36	5,15	297	$p < 0,001^*$
	Não	2,30	0,48			
6.Ter relações sexuais	Sim	2,01	0,39	2,54	297	0,01*
	Não	2,21	0,46			

\* diferença de média entre os grupos é estatisticamente significativa em nível de significância maior que 95% ( $p < 0,05$ ).

Conforme tabela 5, os estudantes que apresentaram um escore maior na escala, ou seja, que demonstraram ter preconceito com relação às pessoas que vivem com HIV/aids declararam que não se relacionariam, em diversas situações, com pessoas que tem o vírus. Dessa forma, estudantes que demonstraram ter uma atitude mais negativa com as pessoas com aids não se relacionariam com essas pessoas.

Tabela 6. Relação entre o escore geral obtido nos itens de preconceito direto e os itens de distância social.

Itens		Escore	DP	t	gl	p
1.Realizar atividades de estudo	Sim	2,47	1,34	3,52	443	p< 0,001*
	Não	3,11	1,56			
2.Começar uma amizade	Sim	2,46	1,35	4,27	443	p< 0,001*
	Não	3,28	1,49			
3.Ter contatos físicos	Sim	2,33	1,28	6,44	443	p< 0,001*
	Não	3,25	1,46			
4.Iniciar um namoro	Sim	2,23	1,29	3,84	443	p< 0,001*
	Não	2,76	1,41			
5.Dividir talheres e copos	Sim	2,32	1,22	3,20	443	0,001*
	Não	2,75	1,48			
6.Ter relações sexuais	Sim	2,21	1,40	2,02	443	0,44
	Não	2,62	1,39			

\* diferença de média entre os grupos é estatisticamente significativa em nível de significância maior que 95% (p<0,05).

Conforme a tabela 6, os itens relacionados à distância social têm associação significativa com o escore dos participantes na escala de preconceito direto, ou seja, nos itens relacionados com a concordância dos participantes com o estudante fictício. Quanto maior foi o consentimento com as respostas do estudante, maior foi a rejeição de relacionar-se com alguém que vive com HIV/aids nas situações expostas no instrumento. O item relacionado a ter relações sexuais com uma pessoa com HIV/aids não apresentou associação significativa.

O escore geral obtido pelos estudantes nas questões sobre preconceito indireto teve uma diferença significativa com a média no item de distância social relacionado a relação sexual [ $t(443) = 3,10$ ;  $p=0,002$ ]. Os participantes que tiveram escores acima do ponto médio, ou seja, que concordaram que os adolescentes em geral teriam respostas semelhantes ao estudante apresentado no instrumento, declararam que não teriam relação sexual com alguém que vive com aids ( $M=4,16$ ;  $DP=1,63$ ), sendo que os participantes que tiveram pontuação abaixo do ponto médio relataram se relacionariam nesta situação ( $M=3,42$ ;  $DP=1,66$ ). As outras situações de distância social não apresentaram diferenças significativas com os escores gerais obtidos nas questões de preconceito indireto.

## **6.6. Representação Social da aids e das pessoas que vivem com HIV/aids**

### **6.6.1. Análise das Evocações Livres**

Pediu-se aos participantes para que citassem as cinco palavras que lhe vinham a cabeça quando pensavam em uma pessoa que vive com HIV/aids, e que destacassem, dentre as cinco palavras citadas as duas que consideravam mais importantes. A partir dos dados obtidos, realizou-se uma análise lexicográfica dos dados obtidos e considerou-se a frequência e a ordem de evocação destas palavras, por meio dos programas *Evocation 2000* e *Similitude 2000*. As palavras destacadas como mais importantes pelos participantes foram analisadas por meio da confirmação de centralidade. Essa confirmação se dá através da proporção entre o número total de evocações pelo número de evocações das palavras mais importantes (Sá, 1996). Para que um elemento tenha sua centralidade confirmada, deve apresentar frequência igual ou superior a 33% (Natividade & Camargo, 2011).

Com relação às representações sociais sobre as pessoas que vivem com HIV/aids, foram feitas 1.500 evocações com 273 palavras diferentes. A frequência média das evocações foi de 19,10 e a ordem média de evocação (OME) foi de 3, ou seja, elas foram evocadas, em média, na terceira posição. Palavras com ordem média de evocação abaixo de 3 foram consideradas como tendo baixa ordem média de evocação. A frequência mínima considerada para inclusão nos quadrantes foi de 8.

Tabela 7. Diagrama das evocações a partir do temo indutor “pessoas que vivem com HIV/aids” (n=300).

		OME > 3,0		OME < 3,0		
		Elemento	f	Elemento	f	OME
$f \geq 19$	*preconceito	114	2,72	morte	55	3,29
	tristeza	67	2,91	cuidados	35	3,02
	*sofrimento	54	2,55	medicamentos	26	3,11
	doença	52	2,26	vírus	21	3,19
	sexo	52	2,59			
	*preservativo	50	2,96			
	medo	34	2,67			
	*doente	31	1,93			
	*tratamento	26	2,53			
	*discriminação	25	2,52			
	*irresponsabilidade	22	2,90			
	*descuido	21	2,90			
$f < 19$	dificuldades	16	2,43	vida normal	18	3,16
	peessoa normal	16	2,87	prevenção	17	3,23
	problemas	14	2,78	irresponsável	17	3,64
	superação	14	2,64	proteção	15	3,46
	esperança	14	2,71	dor	15	3,06
	pena	14	2,57	angústia	14	3,42
	vergonha	14	2,35	saúde	13	3,92
	infelicidade	13	2,69	sangue	11	3,09
	preocupação	12	2,87	solidão	10	3,80
	exclusão	11	2,72	rejeição	10	3,60
	arrependimento	9	2,77	falta de informação	10	3,80
				sem cura	9	3,44

\*elementos confirmados como pertencentes ao núcleo central.

Conforme tabela 7, observou-se no quadrante superior esquerdo a presença dos elementos que possivelmente organizam a representação social dos participantes a respeito das pessoas que vivem com HIV/aids. O quadrante superior esquerdo engloba os elementos mais prováveis de constituir o núcleo central da representação, por serem os mais frequentes e por serem evocados primeiramente pelos sujeitos (Sá, 1996). Neste quadrante, destacam-se os elementos *preconceito*, *tristeza*, *sofrimento*, *doença*, *sexo*, *preservativo*, *medo* e *doente*, sendo estes os prováveis elementos centrais da representação.

Observa-se que na tabela 7, o elemento *preconceito* aparece com a maior frequência no quadrante superior esquerdo e como pertencente ao núcleo central, através do teste de confirmação, assim como os elementos *sofrimento*, *preservativo*, *doente*, *tratamento*, *discriminação*, *irresponsabilidade* e *descuido*. Os elementos *tristeza*,

*doença*, *sexo* e *medo* não foram confirmados como pertencentes ao núcleo central. Já os elementos *tratamento*, *discriminação*, *irresponsabilidade* e *descuido* aparecem com menor frequência.

Os elementos do quadrante superior direito e inferior esquerdo têm uma posição intermediária, indicando que são elementos que não compõem o núcleo central, mas que estão próximos dele, compondo a periferia próxima, e são a parte mais acessível da representação (Abric, 2003). Os elementos que compõem o quadrante superior direito são *morte*, *cuidados*, *medicamentos* e *vírus*, e observa-se que o elemento *morte* aparece com a maior frequência. Dentre os elementos do quadrante inferior esquerdo destacam-se: *dificuldades*, *pessoa normal*, *problemas*, *superação*, *esperança*, *pena* e *vergonha*, sendo que os elementos *dificuldades* e *pessoa normal* aparecem com a maior frequência.

O quadrante inferior direito é composto pela periferia distante. Conforme a tabela 7, a periferia distante é composta pelos elementos relacionados a transmissão da doença, como *falta de informação*, *sangue*, *prevenção*, *proteção* e *irresponsável*, às suas consequências como *dor*, *angústia*, *rejeição* e *solidão*, e à possibilidade de uma vida normal, através dos elementos *vida normal* e *saúde*. Neste quadrante, o elemento *vida normal* aparece com maior frequência.

As evocações foram agrupadas em categorias com proximidade semântica, o que resultou em 27 categorias diferentes, abrangendo 77% das evocações. Elas foram analisadas pelo programa *Similitude 2000*, que permite uma representação gráfica. Essa representação gráfica é denominada de árvore, que mostra a relação entre as categorias a partir de um filtro mínimo de co-ocorrências (número de ligações entre dois elementos específicos). Nos vértices, encontram-se as categorias e nas arestas, a co-ocorrência destas categorias, com um valor numérico que representa o grau de conexão (Sá, 1996).

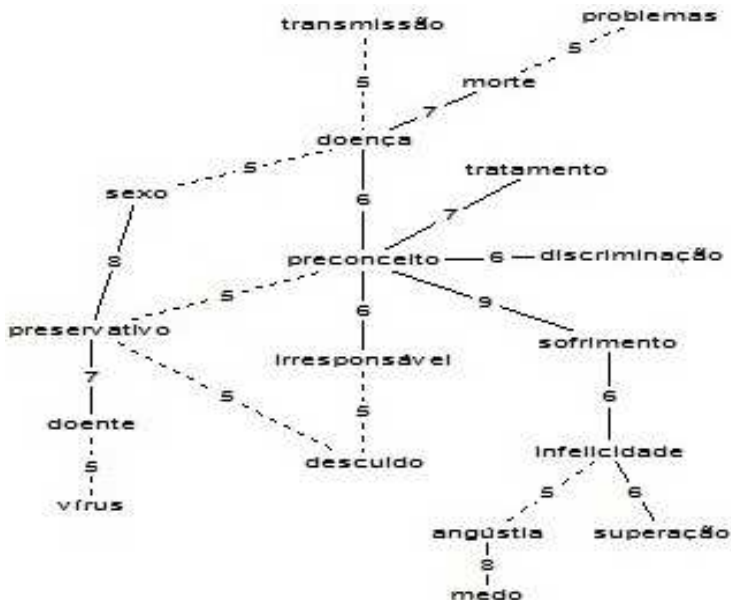


Figura 2. Árvore dos elementos associados às pessoas que vivem com HIV/aids. Filtro 5. (n=300)

Na figura 2, são apresentadas as categorias onde houve ocorrência acima de quatro. Verifica-se que o elemento *preconceito* aparece como central. O elemento *preconceito* está conectado aos elementos *sofrimento*, *discriminação*, *tratamento*, *doença*, *irresponsável* e *preservativo*. O elemento *preservativo* está ligado aos elementos *sexo*, *doente* e *vírus*, como também ao elemento *descuido*, que se liga a *irresponsável*. O elemento *sofrimento* organiza os elementos *infelicidade*, *superação* e *angústia*, que se conecta ao elemento *medo*. A categoria *doença* está conectada a *transmissão*, *sexo* e *morte*, que está conectada a *problemas*. A forte conexão entre o elemento central e organizador *preconceito*, com as categorias *sofrimento*, *discriminação*, *irresponsável*, *doença* e *tratamento* indicam que a representação social desse grupo com relação às pessoas que vivem com HIV/aids se organiza a partir desses elementos.

### 6.6.2. Representação Social da aids

Os dados obtidos na questão aberta relacionada à representação social da aids foi analisado pelo programa estatístico ALCESTE. A partir da questão “o que você pensa a respeito da aids”, apresentada aos participantes, elaborou-se um *corpus* denominado “aids”. Este corpus apresentou 300 unidades de contexto inicial (UCI), que equivaliam às respostas dadas pelos participantes à questão. O número de Unidades de contexto elementar (UCE) foi de 300, pois em grandes quantidades de respostas curtas a uma pergunta aberta de um questionário, é aconselhável que as UCEs sejam definidas enquanto UCIs (Camargo, 2005b).

O corpus apresentou 11.564 ocorrências de palavras, com 1567 palavras distintas, com frequência média de 7 ocorrências para cada palavra. Obteve-se 852 palavras com frequência igual a 1. Para análise descritiva do vocabulário de cada classe, foram utilizados dois critérios: qui-quadrado significativo ( $\chi^2 > 3,84$ ,  $gl=1$ ) e palavras com frequência média igual ou maior que sete. Das 300 UCEs selecionadas, 276 foram consideradas pela classificação hierárquica descendente (CHD), correspondendo a 92% do total.

A CHD distinguiu cinco classes. Considerou-se para análise as palavras com frequência mínima de quatro. A frequência média das palavras analisadas foi igual a 15,54. A classe 4 apresentou o maior número de UCEs, com 88 (31,38%). A Classe 5 apresentou 58 UCEs (21,01%), seguida da classe 1, com 45 UCEs (16,30%) e da classe 2, com 43 UCEs (15,58%). Por fim, a classe 3, apresentou 42 UCEs (15,22%), como pode ser observado na figura 3.



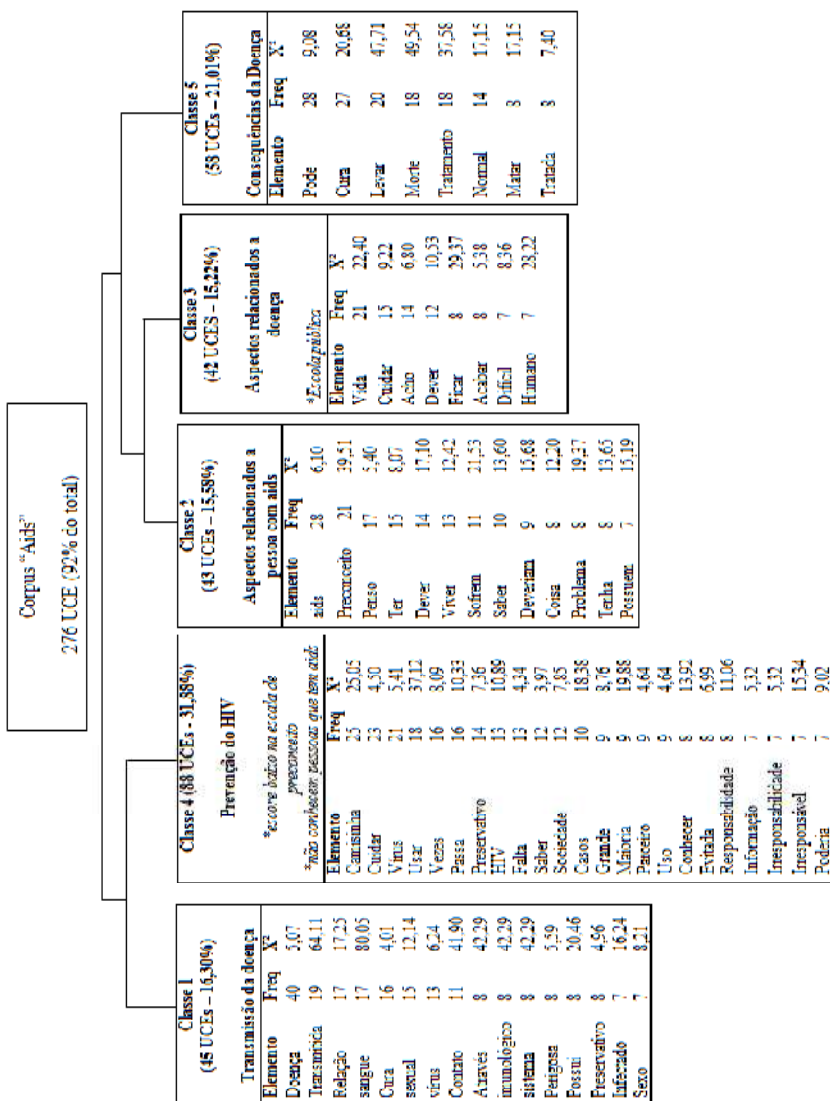


Figura 3. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do corpus "aids".

Segundo a figura 3, a primeira partição do corpus inicial gerou dois sub-corpus: de um lado as classes 2, 3 e 5, e do outro as classes 1 e 4. A segunda partição distinguiu a classe 1 da 4. A terceira partição separou a classe 5 das classes 2 e 3. E a quarta e última partição discerniu as classes 2 e 3.

Os conteúdos da classe 4 estão associados significativamente com os escores baixos obtidos na escala de preconceito ( $\chi^2 = 8,99$ ) e as pessoas que não conhecem alguém que vive com HIV/aids ( $\chi^2 = 4,73$ ). Os elementos desta classe estão relacionados com a prevenção do HIV, como “camisinha, cuidar, preservativo, usar, passa, conhecer, parceiro” (Figura 3). Ou seja, indica que para se prevenir, é preciso se cuidar, e esse cuidado se dá por meio do uso de preservativo. Um exemplo desta representação pode ser observado pelo trecho a seguir, emitido por uma moça de 16 anos, estudante de uma escola pública: *“Acho que a aids é responsabilidade de todos em usar preservativos, conhecer seu parceiro íntimo, não usar materiais sem esterilizar, acho que tudo é questão de prevenção, ainda mais por ser uma doença incurável”*.

Observa-se também que esta classe está relacionada com aspectos ligados ao fato de não se prevenir, considerado como “irresponsabilidade, irresponsável, falta”, como o exemplo a seguir, citado por um rapaz de 16 anos, estudante de uma escola particular: *“Acredito que em certas ocasiões é causada por falta de responsabilidade, tanto de quem passa ou quem recebe, pois com tantos avisos e formas de prevenção que nos é oferecido, pode ser chamado como uma doença de irresponsável”*. Além disso, os elementos “informação, saber, conhecer” também se relacionam com a prevenção, como ilustrado neste trecho mencionado por um rapaz de 17 anos, estudante de uma escola particular: *“É uma doença bem conhecida pela maioria das pessoas, porém algumas destas não têm informações necessárias sobre a doença”*.

A classe 1 está relacionada a transmissão da doença. Os elementos “doença, transmitida, relação, sexual, sangue, vírus, contato, infectado” ilustram bem esta classe. Sua transmissão pode ocorrer por meio de relações sexuais sem uso do preservativo e do contato com sangue contaminado. Esta representação pode ser observada neste trecho mencionado por um rapaz de 16 anos, estudante de uma escola pública: *“É uma doença que pode ser transmitida por pessoas para outras pessoas, através de relações sexuais sem proteção ou por contato com sangue infectado”*. Além disso, o elemento “perigosa” ilustra que é uma doença que é temida, que há o medo de pegar o vírus, como se observa a

seguir na citação de um rapaz de 16 anos, estudante de uma escola particular: *“É um vírus muito perigoso, de fácil contágio e que pode causar a morte do infectado, possui prevenção, mas não tem cura”*.

A noção de “sistema imunológico” derivada dos dois elementos “sistema” e “imunológico”, está relacionada ao modo como a doença age no organismo, como se pode observar no trecho a seguir emitido por um rapaz de 16 anos, aluno de uma escola pública: *“É uma doença que acaba com o sistema imunológico e faz com que a pessoa fique muito fraca”*. Percebe-se ainda que o elemento infectado é usado como adjetivo para outros elementos, como sangue infectado, e também para se dirigir a pessoa que tem a doença, como pode-se perceber nos trechos ilustrados anteriormente.

A classe 5 está relacionada com as consequências da doença, através dos elementos “cura, morte, tratamento e matar”. A aids é vista como uma doença que precisa de tratamento e que pode levar a morte, como ilustrado no segmento a seguir, mencionado por uma moça de 17 anos, estudante de uma escola pública: *“É uma doença difícil de curar, mas tem sim vários tratamentos, mas se não for tratada, pode levar a pessoa a morte”*. Entretanto, os elementos “pode e normal” desta classe indicam que a pessoa com aids pode levar uma vida normal, o que pode ser observado através desse fragmento de texto citado por uma moça de 16 anos, aluna de uma escola particular: *“É uma doença muito grave, ainda não tem cura, mas tem tratamentos muito bons, e a pessoa com aids continua sendo uma pessoa normal”*.

A classe 2 está associada aos elementos relacionados as pessoas que vivem com HIV/aids. Elementos como “preconceito, possuem, sofrem, ter, dever, problema” ilustram essa classe, como ilustrado no fragmento de texto abaixo, emitido por uma moça de 15 anos, aluna de uma escola pública: *“Não sei exatamente sobre a doença, mas existe muito preconceito com quem tem o vírus, e por esse preconceito a pessoa deve se sentir excluída, incapaz, sem vontade de viver, deixa de fazer muitas coisas por esse problema, por esse preconceito”*.

Percebe-se, através dos elementos que ilustram essa classe, que as pessoas que vivem com HIV/aids são vistas como pessoas infelizes, não conseguem ter uma vida normal pelo fato de terem a doença, como ilustrado nesse segmento de texto, citado por uma moça de 16 anos, estudante de uma escola pública: *“A pessoa que vive com aids se sente alienada, pois sofre muito preconceito e é difícil achar um parceiro quando ele sabe que ela tem aids”*. Observa-se então que a representação a respeito da pessoa que vive com HIV/aids, nesta classe, traz elementos que estão relacionados a aspectos negativos e permeado

pelo preconceito, que foi o elemento com a segunda maior frequência, precedido pelo elemento aids.

Por fim, a classe 3 traz aspectos relacionados a doença, com os elementos “vida, cuidar, difícil e humano”. Percebe-se que a aids é representada nesta classe como uma doença que torna a vida difícil e exige cuidados, como observado nesse fragmento emitido por uma moça de 17 anos, estudante de uma escola pública: *“Acho que a pessoa que tem aids deve seguir sua vida sem preocupações e ter cuidado com você e com outras pessoas ao seu lado”*. O elemento cuidado também está associado com a proteção, como ilustrado no trecho mencionado por um rapaz de 16 anos, aluno de uma escola particular: *“Eu acho que é uma doença séria e que devemos tomar o máximo de cuidado para não contaminar ou ser contaminado, e devemos escolher bem nossos parceiros e nos proteger”*.

Esta classe está associada significativamente com alunos da escola pública ( $\chi^2= 5,99$ ) Observa-se que os elementos “vida, difícil e acabar” trazem uma representação negativa da doença, como uma situação difícil que acaba com a vida da pessoa que vive com HIV/aids, como observado nesse trecho emitido por uma moça de 17 anos, aluna de uma escola pública: *“A aids é uma doença que faz com que a pessoa, ao descobrir a doença, tenha vontade de desistir de tudo, de ficar solitária, somente no seu canto, pois a primeira palavra que vem na cabeça é a morte, e com isso a pessoa não consegue achar força para fazer o máximo de esforço para sobreviver”*. Nesta classe, os elementos associam-se de forma negativa com a doença, e consequentemente, com a pessoa que vive com a doença, o que indica que a aids ainda é permeada por aspectos negativos.

## **7. DISCUSSÃO**

A presente dissertação teve como objetivo verificar as representações sociais dos adolescentes a respeito das pessoas que vivem com HIV/aids, como também identificar os estereótipos presentes nestas representações. Procurou-se também verificar se estas representações sociais estavam associadas ao preconceito. Para organização da discussão dos dados, esta parte será dividida em sessões.

Na primeira sessão, serão discutidos os resultados referentes ao conhecimento dos adolescentes a respeito da transmissão do HIV/aids e as fontes de informação sobre aids. Na segunda sessão, serão discutidos os dados referentes às escalas relacionadas ao preconceito. Em seguida, serão apresentados os resultados referentes às representações sociais da aids e das pessoas que vivem com HIV/aids.

### **7.1. Conhecimento sobre a transmissão do HIV e fontes de informação sobre a aids**

A pesquisa mostrou que a maioria dos participantes não foi considerada bem informada a respeito da transmissão do HIV/aids, sendo que 57,3% dos participantes obtiveram uma média de 6,16 acertos no sub-teste 1 do TCCHA, cujo ponto de corte era de sete acertos. Os adolescentes apresentaram dificuldades em entender a aids como uma síndrome e em afirmar que a aids pode agir no sistema nervoso central. Além disso, os adolescentes também apresentaram dificuldade em reconhecer que a aids atinge mais o sexo masculino. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores, que verificaram que há falta de conhecimento científico sobre a aids entre os adolescentes (Al-Iryani & cols, 2010; Badahdah & Sayem, 2010; Adebayo & cols, 2010; Chikovore & cols, 2009; Garcia & Koyama, 2008; Ganczak & cols, 2007; Camargo & Botelho, 2007; Camargo & cols, 2005).

Diversos estudos apontaram que a falta de conhecimento sobre a aids está relacionada com o preconceito (Badahdah & Sayem, 2010; Visser & cols, 2009; Maswanya & cols, 2009; Garcia & Koyama, 2008; Thi & cols, 2008). Pessoas que demonstram ter menor conhecimento sobre a aids relatam maior preconceito com relação as pessoas que vivem com HIV/aids. A falta de conhecimento dos meios de transmissão sobre a aids pode gerar concepções errôneas das formas de transmissão do vírus, acarretando em medo do contágio e consequentemente em atitudes preconceituosas com a pessoa que vive com HIV/aids. Além disso, a falta de informação também pode ocasionar uma maior

vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Esses resultados relacionam-se com os dados da literatura, que apontam que os adolescentes que demonstram maior conhecimento sobre as formas de prevenção e transmissão do HIV identificam com maior precisão comportamentos em que poderiam adquirir o HIV, o que indica que o comportamento dos adolescentes está associado à qualidade das informações que estes possuem (Adebayo & cols, 2010; Toledo, 2008).

O conhecimento científico é um instrumento importante para a prevenção frente ao HIV, pois ao basear o comportamento de proteção nesse tipo de conhecimento, o adolescente terá uma maior quantidade e qualidade das informações sobre a doença e melhor entendimento das situações de risco. Estudo realizado com adolescentes de Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú mostraram que há uma falta de conhecimento científico sobre o HIV/aids e falta integração deste ao contexto dos jovens, condição que é importante para a prevenção (Camargo & Botelho, 2007). Além disso, a divulgação do conhecimento especializado pode ser um instrumento capaz de promover a melhoria da saúde de populações (Camargo & cols, 2007).

Com relação às fontes de informação sobre as formas de proteção, prevenção e transmissão da aids, as duas principais apontadas pelos participantes foram a escola e a mídia (televisão e revistas). Resultados semelhantes foram encontrados por Camargo e Botelho (2007), que verificaram em seu estudo que as duas principais fontes de informação sobre a aids entre estudantes foram a escola (44,8%) e a televisão (41,5%). Ganczak e cols (2007), em seu estudo com adolescentes, verificaram que a maioria dos participantes disseram que o que aprendem na escola sobre aids é insuficiente para terem informações sobre a transmissão do HIV.

A desinformação e a falta de programas de prevenção na maioria das escolas brasileiras podem-se constituir em fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade dos jovens ao HIV (Camargo & Botelho, 2007). Isso revela a importância da escola veicular o acesso as informações sobre prevenção e transmissão da aids, pois a escola é, para muitos adolescentes, a principal fonte de conhecimento sobre o assunto e possui um papel central para promover informação e atividades preventivas entre os jovens (Camargo, 2009).

A comunicação tem um papel fundamental nas trocas e interações sociais, pois possibilita a criação de um universo compartilhado e remete a fenômenos de influência e pertença social. De acordo com Jodelet (2001), a comunicação social, a partir de seus aspectos interindividuais, institucionais e midiáticos, consiste numa

condição de possibilidade e de determinação do pensamento e das representações sociais. Desta forma, a importância da comunicação nos fenômenos representativos reside no fato desta ser um vetor de transmissão da linguagem, sendo portadora de representações. Além disso, ela incide sobre aspectos do pensamento, interação e influência social e contribui para a elaboração das representações sociais.

Silva e Camargo (2004), em estudo sobre a difusão da informação sobre a aids em revistas, encontraram três representações sociais a respeito da aids: a aids enquanto DST, que ameaça as relações conjugais; aids como doença crônica, atenuada pelo tratamento; aids como uma doença que desafia a ciência. Os autores afirmam que essas representações veiculadas pela mídia favorecem representações sociais sobre a aids, pois ao transportar aspectos sobre a aids para o público, por meio da comunicação social, as revistas atuam sobre os processos de formação de representações sociais sobre a aids.

O sistema de comunicação midiático intervém nas dimensões das representações relacionadas à edificação da conduta, como as opiniões, atitudes e estereótipos. Thi e cols (2008) destacam que a mídia pode acirrar o medo do contágio do HIV e conseqüentemente, o afastamento das pessoas que vivem com HIV/aids, pois em suas campanhas de prevenção a aids, muitas vezes a mídia veicula a ideia da doença associada a morte ou a atributos negativos. Isso pode contribuir para o preconceito com relação às pessoas que vivem com HIV/aids, pois as informações carregadas de estereótipos podem resultar em atitudes preconceituosas, já que as imagens, crenças, valores e opiniões são constituintes da representação (Jodelet, 2001).

A maioria dos participantes (62,3%) afirmaram não conhecer pessoas que vivem com HIV/aids. Para eles, a aids aparece como uma doença distante, revelando ser uma doença do “outro”, o que não implica em práticas pessoais com a doença, distanciando-se da situação de ameaça de contágio (Joffe, 1995; Thiengo, Oliveira & Rodrigues, 2005). Entretanto, participantes que convivem com pessoas que vivem com HIV/aids demonstraram menor distância social. O sistema de apoio social, além de ser protetor às pessoas que vivem com HIV/aids, pode auxiliar na dissolução do preconceito e da discriminação (Carvalho, Morais, Koller & Piccinini, 2007). Pettigrew e Tropp (2005), em seus estudos, mostraram que o contato intergrupo pode reduzir o preconceito, pois através do contato, é possível aprender mais sobre o outro grupo, reavaliando suas concepções sobre ele e conseqüentemente, mudando seu comportamento direcionado ao exogrupo.

## 7.2. Medidas de preconceito

### 7.2.1. Medida de preconceito direto

Com relação à medida direta de preconceito, onde os participantes respondiam suas opiniões pessoais a respeito das respostas dadas pelo estudante fictício, seus escores foram abaixo do ponto médio ( $M=2,70$ ) que é 4. Isso indica que os participantes não demonstraram preconceito de forma direta, pois não houve identificação deles com as respostas dadas pelo estudante.

Esses resultados podem estar ligados à deseabilidade social, que se relaciona à tentativa consciente de mostrar uma imagem positiva de si por parte dos respondentes, escondendo julgamentos negativos e contra as normas sociais em relação ao objeto pesquisado. Assim, os estudantes demonstraram não ter concordância com as respostas do estudante fictício, demonstrando que não compartilharam com suas respostas, e consequentemente, não indicando preconceito com relação às pessoas que vivem com HIV/aids. Isso possivelmente está relacionado com a questão de causar uma boa impressão de si para os outros. De acordo com Abric (2005), o processo de gestão de impressões consiste em passar aos outros uma impressão positiva de si. Portanto, o sujeito expressará apenas atitudes, opiniões e crenças que estão adequadas às normas sociais, e não expressará as que não são adequadas.

Além disso, a deseabilidade social é um dos fundamentos da possível existência da zona muda de uma representação social, pois na sociedade, a norma da anti-discriminação é muito forte e qualquer demonstração de preconceito ou discriminação será fortemente negado ou escondido. Dessa forma, participantes de pesquisas tenderiam a apresentar respostas mais aceitáveis ou que são aprovadas socialmente, negando sua associação pessoal com opiniões e comportamentos desaprovados socialmente (Crowne & Marlowe, 1960, Ribas, Moura & Hutz, 2004).



### **7.2.2. Medida de preconceito indireto**

Para que se consiga reduzir a deseabilidade social, pode-se reduzir o nível de envolvimento do sujeito por meio da técnica de substituição. Esta técnica consiste em reduzir o nível de implicação do sujeito, permitindo-o expressar suas ideias sob a cobertura dos outros, falando por eles (Abric, 2005). Recorrendo a técnica de substituição, foi pedido aos participantes que respondessem sobre a concordância com as respostas do estudante fictício, baseado nas respostas de seus colegas e dos outros adolescentes no geral.

Quando questionados a respeito da concordância dos seus colegas e dos adolescentes em geral com as respostas do estudante fictício, os participantes atingiram o ponto médio em suas respostas ( $M=4,12$ ), mantendo-se neutros em seu posicionamento, nem concordando e nem discordando. Isso possivelmente se deve ao fato de que nesses itens, os estudantes estão respondendo sobre outros adolescentes, o que reduz o nível de implicação do sujeito, permitindo-os tomar certa distância e a expressar suas próprias ideias sob a proteção do outro (Abric, 2005). Isso permite que os jovens, pautando-se nos outros, possam expressar opiniões mais negativas a respeito das pessoas que vivem com HIV/aids sem se preocupar com julgamentos (Camargo, Bertoldo & Barbará, 2009). Desta forma, quando os participantes compararam suas respostas com o sujeito do questionário, tenderam a discordar mais do que quando compararam as respostas do sujeito com as suas suposições da opinião dos seus colegas e dos adolescentes em geral.

### **7.2.3. Escala de preconceito**

Após a apreciação das respostas do estudante fictício apresentado no questionário, pediu-se aos participantes para que respondessem às mesmas afirmações, dando suas opiniões pessoais. A média geral dos participantes indicou uma atitude não preconceituosa em relação aos itens ( $M=2,21$ ). Houve associação negativa fraca entre a média dos estudantes na escala de Likert para preconceito e o conhecimento sobre HIV/aids, o que indica que quanto maior o conhecimento sobre HIV/aids, menor o preconceito. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura, como já descrito anteriormente, os quais relatam que quanto maiores os níveis de conhecimento sobre HIV/aids, menores são as demonstrações de preconceito com relação as pessoas que vivem com HIV/aids (Badahdah

& Sayem, 2010; Visser & cols, 2009; Maswanya & cols, 2009; Garcia & Koyama, 2008; Thi & cols, 2008).

Verificou-se associação positiva moderada entre a média geral de preconceito dos estudantes e a média geral de concordância com as respostas do estudante fictício, indicando que quanto maior a concordância com as respostas, maior é o escore dos participantes na escala Likert. Os estudantes não apresentaram, no geral, preconceito com relação à maioria dos itens. Entretanto, com relação a responsabilização da pessoa com aids, os estudantes concordaram que a pessoa com HIV/aids foi irresponsável e por isso contraiu o HIV, como também que as pessoas com HIV/aids não divulgam seu diagnóstico para poder ter relações sexuais e amorosas. Resultados semelhantes foram encontrado por Seidl e cols (2010), que verificaram que a maior parte dos participantes apresentou opiniões não preconceituosas. Contudo, houve responsabilização das pessoas vivendo com HIV/aids por sua condição de saúde.

De acordo com a definição de Pettigrew e Meertens (1995) sobre preconceito sutil e manifesto, percebe-se aqui que os participantes, a partir das respostas dadas na escala, demonstraram características de manifestação de preconceito sutil. O preconceito sutil é mais distante e indireto, e há a defesa dos valores do endogrupo, onde há a tendência de culpabilizar as vítimas do preconceito por sua própria situação, considerando que estes agem de maneira incorreta e condenável, não seguindo as normas e valores da maioria das pessoas (Lima, 2011). Dessa forma, apesar da maioria das respostas dos participantes não demonstrar preconceito, as respostas em relação a estes dois itens possivelmente indicam certo preconceito dos participantes com relação às pessoas que vivem com HIV/aids, entretanto, os participantes o demonstram de forma sutil, ou seja, de uma forma socialmente aceitável e não diretamente preconceituosa.

#### **7.2.4. Distância social**

Quando as situações de relacionamento vão aumentando o grau de intimidade, os participantes vão diminuindo sua aceitação de relacionar-se com a pessoa que vive com aids. Resultados semelhantes foram encontrados por Garcia e Koyama (2008), que em seu estudo verificaram que na medida em que aumenta a possibilidade de proximidade, intimidade e interação com portadores do HIV, maior é a rejeição. Tais situações reforçam o preconceito e discriminação, gerando isolamento e afastamento daqueles que vivem com o HIV/aids.

Indivíduos que vivem com HIV/aids prezenciam situações de distanciamento social e redução de contato físico com outras pessoas. Isso evidencia que as pessoas ainda consideram que o contato oferece ameaça quanto à transmissão do vírus, o que pode gerar exclusão e atitudes preconceituosas com relação às pessoas que vivem com HIV/aids (Seidl e cols, 2010).

Observou-se uma associação significativa fraca entre as variáveis conhecer alguém com aids. Ou seja, os participantes que relataram conhecer alguém com aids, demonstraram menor distância social nas situações expostas aos participantes. Dessa forma, estes participantes demonstraram menor rejeição às situações de intimidade com pessoas que vivem com HIV/aids, provavelmente devido ao fato de já conviverem com elas, pois conforme Pettigrew e Tropp (2005), o contato com o exogrupo é um fator que diminui o preconceito.

Os estudantes que demonstraram ter preconceito com relação às pessoas que vivem com HIV/aids na escala de preconceito e na medida de preconceito direto (concordância com as respostas do estudante fictício), declararam que não se relacionariam, em diversas situações, com pessoas que tem o vírus. Em geral, os participantes apresentaram nestas situações de distância social, uma oposição ao contato íntimo com os membros do exogrupo, com rejeição da maioria das situações onde havia maior contato e intimidade com as pessoas que vivem com HIV/aids. Nessa questão, a maioria dos participantes apresentou preconceito manifesto, caracterizado pelo distanciamento dos grupos atingidos pelo preconceito (Lima, 2011).

O preconceito social combina motivações e sentimentos de natureza negativa, aversiva e excludente, como o afastamento das pessoas visadas pelo preconceito e oposição de contato com grupos definidos a partir de suas características mais significativas. Collani, Grumm e Streicher (2010) verificaram que os atos discriminatórios para com as pessoas que vivem com HIV/aids estão relacionados com comportamentos de distância social, com a atribuição de responsabilidade para as pessoas que vivem com HIV/aids por ter adquirido a doença e com a atribuição de estereótipos negativos com relação as pessoas que vivem com HIV/aids, constituindo-se em obstáculos para a convivência social e a vida afetiva das pessoas que vivem com HIV/aids.

### **7.3. Representações Sociais sobre as pessoas que vivem com HIV/aids**

A partir da análise estrutural das evocações livres, verifica-se que ao pensar no objeto da representação, o grupo estudado tem a noção de que o contágio pelo HIV está relacionado com a irresponsabilidade e o descuido. Esse descuido relaciona-se com o sexo sem preservativo, que transmite o vírus, tendo como consequência o tratamento da doença e o sofrimento. Estudos verificaram que a representação social da aids para adolescentes estava relacionada com a responsabilidade perante o contágio e com o julgamento de valor perante o indivíduo que contrai o vírus, caracterizado pela irresponsabilidade e o descuido (Thiengo e cols, 2005; Camargo, Bertoldo e Barbará, 2009; Natividade, 2009). Além disso, a associação da aids com comportamentos sexuais considerados promíscuos fazem com que a sociedade em geral se isente da responsabilidade pelo contágio, considerando que as pessoas que foram contaminadas pelo HIV são responsáveis por sua condição, em decorrência de seu comportamento “desviante”, (Thiengo e cols, 2005), acarretando em preconceito e discriminação com relação as pessoas que vivem com HIV/aids, culpabilizando-as por ter a doença, e pelo descuido por meio de comportamentos inadequados.

Com relação ao diagrama das evocações (Tabela 7), os elementos constituintes do núcleo central nesse estudo indicam que a representação social das pessoas que vivem com HIV/aids para estes estudantes está relacionada a aspectos biológicos da doença, à aspectos relacionados à transmissão da doença e a elementos negativos. Segundo Abric (2003), toda representação é organizada em torno de um núcleo central, que é constituído por elementos que dão à representação seu significado. Os elementos pertencentes ao núcleo central encontrados nesta pesquisa são similares aos descritos por outros estudos de representações sociais da aids em adolescentes (Tura, 1998; Camargo & cols, 2007).

Conforme Abric (2003), quanto mais distante é um grupo do objeto da representação, mais aparecerão os elementos normativos relacionados a este objeto. Neste tipo de situação, normas, estereótipos e atitudes fortemente marcadas estarão no centro da representação. Verifica-se aqui que alguns elementos normativos relacionados às pessoas que vivem com HIV/aids aparecem como elementos do núcleo central da representação, que remetem à responsabilização da pessoa com HIV/aids pela sua condição, sendo uma forma estereotipada de pensar sobre a pessoa que vive com HIV/aids.

O elemento *doente* também se constitui em um estereótipo relacionado às pessoas que vivem com HIV/aids, e remete a perda de peso, magreza, fraqueza e cansaço, atributos físicos que ganharam destaque num primeiro momento da epidemia (Alencar, Nemes & Veloso, 2008). Resultados semelhantes foram encontrados por Adebayo e cols (2010), onde em seu estudo, verificaram que os respondentes achavam que pessoas que vivem com HIV/aids podem ser reconhecidas pela aparência. Isso demonstra que as pessoas que vivem com HIV/aids são enquadradas em determinados atributos físicos, que são generalizados a todas as pessoas pertencentes a este grupo, constituindo os estereótipos que as caracterizam.

O conteúdo dos estereótipos incorpora vários tipos de características, fazendo referencia a aparência física, papéis sociais e atributos. Os atributos que caracterizam um grupo podem ser positivos ou negativos, e são utilizados para diferenciação entre os grupos. Dessa forma, a tendência dos indivíduos é selecionar uma amostra que se enquadra nos seus estereótipos e então fazê-la representativa de toda a classe (Techio, 2011), neste caso, as características físicas atribuídas às pessoas que vivem com HIV/aids torna-se representativa deste grupo. Além disso, elementos como *sofrimento* e *tristeza* também são uma forma estereotipada de se remeter à pessoa que vive com HIV/aids, pois ela é vista como alguém condenada ao sofrimento e à morte, ao isolamento e à tristeza, já que a aids é vista como uma sentença de morte tanto física quanto social (Galvão, 2009).

O sistema periférico constitui a interface entre a realidade concreta e o sistema central. Dessa forma, se o sistema central é normativo, o sistema periférico é funcional, ou seja, é devido ao sistema periférico que a representação pode se ancorar na realidade do contexto imediato, possibilitando a concretização do sistema central (Abric, 2003). Percebe-se que há um predomínio dos elementos ligados ao sofrimento psicológico e dos elementos ligados às consequências da doença. Verificou-se ainda a presença de elementos ligados a possibilidade da pessoa com HIV/aids levar uma vida normal. Pode-se verificar, através desses elementos, que a representação da pessoa que vive com HIV/aids para este grupo está ancorada no sofrimento psicológico e em sentimentos negativos, que possivelmente estão vinculados ao preconceito e à discriminação.

#### 7.4. Representações Sociais da aids

A classificação hierárquica descendente referente ao *corpus* “aids” evidenciou 5 classes lexicais, e em função do número de UCEs, a classe 4 é a que caracteriza, em maior proporção, este *corpus*. Os elementos desta classe estão relacionados com a prevenção do HIV, e estão associados ao escore na escala de preconceito e a pessoas que não conhecem alguém que vive com HIV/aids. Isso pode indicar que participantes que demonstraram maior preconceito na escala e que não tem proximidade com pessoas que vivem com HIV/aids representam a aids como uma doença que é adquirida por irresponsabilidade e pelo descuido, o que pode gerar uma visão estereotipada da pessoa que vive com HIV/aids, acirrando o preconceito e a discriminação. Os elementos dessa classe apontam que aids é vista como uma doença que é adquirida pela falta de prevenção, ou seja, por um descuido, mas que também pode ser evitada através do cuidado e do uso da camisinha. Observa-se que a representação social da aids organiza-se em torno da prevenção (*corpus* 4), transmissão do HIV (*corpus* 1), dos aspectos relacionados a doença (*corpus* 3) aspectos relacionados à pessoa que vivem com HIV/aids (*corpus* 2) e as consequências da doença (*corpus* 5), sendo que todas elas trazem elementos negativos. Camargo e cols (2009) apontam que as representações sociais da aids, compartilhadas por adolescentes apresentam uma compreensão da doença como um problema social e individual, enfocando estratégias de prevenção. Verificou-se que para os estudantes, a prevenção do HIV está relacionada com a sua transmissão, onde através da falta de prevenção pode ocorrer a transmissão da doença que é vista como uma doença perigosa, gerando medo do contágio.

O elemento *infectado* foi utilizado ora para se remeter a doença, ora para se remeter a pessoa com HIV/aids. Isso demonstra que a pessoa que tem aids é representada aqui como alguém contagioso. Esse aspecto sugere que as representações da aids para este grupo possuem estereótipos que remetem à pessoa que vive com HIV/aids como alguém “doente” e que oferece perigo do contágio pelo HIV. Estes estereótipos estão relacionados com as falsas crenças a respeito do contágio, onde o contato casual com as pessoas com HIV/aids é visto como um meio de contágio e transmissão. Além disso, o contágio pelo HIV ainda é visto como consequência da falta de proteção, gerando estereótipos, culpabilização e castigo (Silva & Abrantes, 2004).

Verifica-se neste estudo que as representações sociais dos adolescentes a respeito da aids possivelmente envolvem elementos negativos e estereótipos, onde a doença é vista como fatal e que traz

sofrimento e dificuldades para as pessoas que são contaminadas por ela. Esse discurso estereotipado sobre a aids, envolvendo morte, está presente desde o início da epidemia, quando começou a ser comparada com outras doenças, como o câncer (Galvão, 2009). Além disso, a aids é vista como uma doença perigosa, onde a pessoa que tem a doença é vista como irresponsável e contagiosa. Thiengo e cols (2005) verificaram que a representação dos adolescentes sobre a aids refletem um conteúdo negativo, onde a aids é representada como uma doença que não tem cura e que mata, refletindo a forma como os adolescentes se posicionam frente ao risco de contrair o HIV e a forma estereotipada de se referir à doença e às pessoas que vivem com ela.

A aids enquanto um fenômeno social, suscitou representações individuais e coletivas, com crenças que incluem valores e atitudes a respeito desta doença. Através destas crenças, o indivíduo organiza uma visão coerente do objeto, elaborando representações sobre o fenômeno, que se constituem em um saber prático, que guia as ações e os comportamentos dos indivíduos (Jodelet, 2001). As pessoas convivem com o que se armazenou de conhecimentos sobre a aids e sobre o que foi sendo construído socialmente sobre esta epidemia.

A crença de que o contato casual pode gerar contaminação justifica o medo da doença e a conseqüente exclusão e discriminação para com as pessoas que vivem com HIV/aids. Através dos estereótipos e crenças compartilhadas a respeito da aids e das pessoas que vivem com HIV/aids, há um conseqüente preconceito com relação às estas pessoas, por elas representarem um risco de contaminação. Dessa forma, essas crenças resultam em atitudes discriminatórias, criando-se um distanciamento social das pessoas que não possuem o vírus em relação às que vivem com HIV/aids (Jodelet, 1998). Para demonstrar melhor essas relações, elaborou-se um esquema, que é apresentado na figura 4.

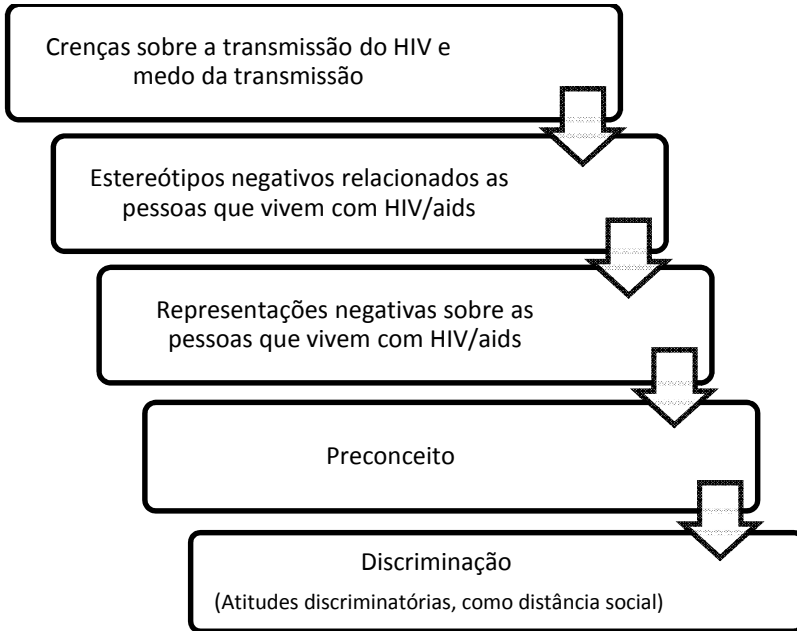


Figura 4. Diagrama esquemático das relações entre estereótipos, preconceito e discriminação frente a aids e as pessoas que vivem com HIV/aids.

Conforme a figura 4, a falta de conhecimento sobre a transmissão do HIV gera concepções errôneas sobre a doença e em consequência, o medo do contágio. O medo do contágio é decorrente em parte da mídia, que associa a imagem da doença à morte (Thi e cols, 2008). Esse medo de adquirir a doença faz com que os indivíduos elaborem representações negativas das pessoas que vivem com HIV/aids, associadas a comportamentos considerados como “desviantes”, como uso de drogas e a prostituição (Carrara, 1994). Em consequência, surgem estereótipos negativos relacionados às pessoas que vivem com HIV/aids, como a atribuição de características negativas, como “doente”, “contagioso”, e características do comportamento, como “irresponsável”. Esses estereótipos compartilhados pelos indivíduos possibilitam o preconceito com relação às pessoas que vivem com HIV/aids, justificado pelas características associadas à estas pessoas. Desta forma, ocorrem situações cercadas de atitudes negativas e



discriminação para esse grupo, o que acarreta em isolamento destas pessoas e a perda de suporte social (Seidl & cols, 2010).

Os dados desta pesquisa demonstram que as representações sociais dos adolescentes pesquisados a respeito da aids e das pessoas que vivem com HIV/aids, estão relacionadas com elementos negativos, como sofrimento, tristeza e morte, como também com estereótipos negativos relacionados a pessoa que vive com HIV/aids, como “infectado”, “contagioso” e “doente”. Apesar das campanhas contra o preconceito, é possível observar aqui que os estudantes demonstram preconceito de forma sutil e de forma manifesta. Os estudantes responsabilizam as pessoas com HIV/aids sobre sua condição. Além disso, a falta de conhecimento sobre a aids e o compartilhamento dos estereótipos negativos relacionados as pessoas com HIV/aids, influenciam nas práticas sociais desses adolescentes, gerando comportamentos de distância social direcionado à estas pessoas.

Conforme Tajfel (1982), os estereótipos implicam numa posição em relação ao objeto social e quando estão associados a valores e sentimentos negativos, passam a constituir estruturas psicológicas mais complexas, caracterizadas pelos preconceitos sociais (Tajfel, 1982). Os participantes, ao relatar que não se relacionariam com pessoas que vivem com HIV/aids em situações de maior contato, possivelmente por medo da transmissão do vírus, demonstram atitudes preconceituosas e discriminatórias com relação a este grupo, indicando que a aids ainda é vista por estes adolescentes, conforme afirma Joffe (1995), como uma doença do “outro”, distanciando-se das pessoas que vivem com HIV/aids.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desse estudo foi verificar as representações sociais dos adolescentes e os estereótipos presentes nestas representações sobre a aids e sobre as pessoas que vivem com HIV/aids, e sua relação com o preconceito e a discriminação. Partiu-se das hipóteses de que estereótipos negativos seriam compartilhados nestas representações, e que estes influenciariam nas práticas sociais.

A partir dos resultados do estudo, verificou-se que as hipóteses foram confirmadas, pois se verificou a presença de estereótipos negativos relacionados às representações sociais dos estudantes. Além disso, os participantes demonstraram ter atitudes discriminatórias com relação ao objeto de estudo, embora o preconceito tenha se manifestado de forma mais dissimulada e indireta.

Os resultados desse estudo mostram que os adolescentes pesquisados não têm um bom conhecimento a respeito da transmissão do HIV/aids, e o preconceito apareceu associado ao conhecimento, devido ao fato de que, conforme a literatura, baixo nível de conhecimento predispõe ao preconceito. Os estudantes demonstraram preconceito sutil quando questionados sobre os itens na escala de preconceito. Entretanto, os estudantes demonstraram preconceito manifesto no que diz respeito a situações de relação social.

A principal barreira imposta pelo preconceito é o afastamento de um determinado grupo social. Pode-se verificar que os estudantes demonstraram ter atitudes discriminatórias com relação ao contato com pessoas que vivem com HIV/aids. Dessa forma, uma medida importante para diminuir as barreiras impostas pelo preconceito seriam discussões com os adolescentes, mostrando-lhes que o contato com as pessoas que vivem com HIV/aids não transmite o vírus.

Como a amostra pesquisada se deu em escolas, essa discriminação pode ocorrer dentro da sala de aula, caso venha a ter colegas que tenham HIV/aids que divulguem seu diagnóstico. Essa discriminação dentro da escola pode ocorrer em situações de namoro, conflito com colegas e contato físico entre professores, colegas e alunos com HIV (Maliska, Padilha, Vieira & Bastani, 2009; Thi & cols, 2008, Zucchi, 2008). Por isso a escola poderia ser um fator de diminuição do preconceito, já que é na escola que ocorrem as principais interações sociais com diversos colegas.

Além disso, os estudantes destacaram a escola como principal fonte de informação a respeito das formas de transmissão e prevenção da aids. Segundo Camargo e Botelho (2007), a falta de programas de

prevenção na maioria das escolas brasileiras pode ser um fator que contribui para o aumento de adolescentes portadores de HIV. Diante disso, destaca-se a importância da escola realizar programas de prevenção a aids específicos para os adolescentes, para que eles possam ter maior conhecimento a respeito das formas de transmissão do HIV, diminuindo a vulnerabilidade desses adolescentes.

Com relação a difusão de informações a respeito da transmissão do vírus, campanhas e programas educativos direcionadas ao contexto vivenciado pelos jovens poderia contribuir para que os adolescentes tenham maior conhecimento sobre a transmissão do HIV. Camargo e Bertoldo (2006) apontam que informações adequadas estão relacionadas com comportamentos de prevenção, pois fornecem bases para que o adolescente tenha uma ação protetora. Além disso, a difusão de informações sobre a transmissão do HIV poderia contribuir para a redução do temor ao contágio e de atitudes discriminatórias, como a exclusão social, dirigida às pessoas que vivem com HIV /aids.

As representações sociais dos estudantes pesquisados com relação a aids e as pessoas que vivem com HIV/aids apareceram permeadas de elementos negativos, como irresponsabilidade, sofrimento e morte. Além disso, os estudantes compartilharam alguns estereótipos negativos relacionados às pessoas que vivem com HIV/aids, relacionados ao contato e atributos físicos, que contribuem para o preconceito com essas pessoas.

O Ministério da Saúde vem regularmente realizando campanhas que visam diminuir o preconceito e a discriminação. A divulgação desse material nas escolas, relacionando-os com o contexto dos adolescentes seria uma possibilidade de divulgar aspectos relacionados à relação com as pessoas que vivem com HIV/aids, diminuindo o preconceito e favorecendo a aceitação social dessas pessoas

Com relação às limitações do estudo, um dos aspectos se refere à coleta dos dados. Em função da greve dos professores nas escolas públicas, a coleta dos dados foi realizada conforme disponibilidade dessas escolas, o que causou atraso no cronograma, e dificultou a instrumentalização da coleta e o acesso às escolas.

Outra limitação verificada foi o fato de haver, na maioria das escolas pesquisadas, apenas a pesquisadora para controle dos participantes, que contou com a ajuda de uma pessoa apenas em algumas escolas. A participação de mais uma aplicadora em todas as coletas facilitaria o controle dos participantes, com relação às dúvidas do instrumento e a verificação das respostas a todos os itens do questionário.

A complexidade do objeto estudado também foi uma limitação no estudo, pois se teve dificuldade de obter respostas dos estudantes a respeito do preconceito com as pessoas que vivem com HIV/aids sem o efeito da deseabilidade social. Para isso foi utilizada em uma questão uma alternativa de controle. Entretanto, o controle desse efeito em outros itens do instrumento possibilitaria a obtenção de respostas mais condizentes com a realidade dos adolescentes. Contudo, apesar dessa limitação, foi possível atingir os objetivos do estudo.

A realização de estudos verificando o preconceito com relação às pessoas que vivem com HIV/aids em outros grupos com diferentes faixas etárias contribuiria para obter mais informações a respeito do objeto de estudo. Entretanto, essa pesquisa pode contribuir nos estudos sobre preconceito e discriminação para com as pessoas que vivem com HIV/aids, principalmente no grupo estudado nesta dissertação. A discriminação com as pessoas que vivem com HIV/aids é um assunto estudado por várias áreas no campo da saúde, e pela sua frequente ocorrência em nossa sociedade, esse tema tem sempre diferentes aspectos que podem ser abordados em pesquisas futuras.

## 9. REFERÊNCIAS

- Abric, J.-C. (2003). Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. Em: Campos, P. H. F. & Loureiro, M. C. S. (orgs). *Representações sociais e práticas educativas*. (pp.37-57). Goiânia: Ed. da UCG.
- Abric, J.-C. (2005). A zona muda das representações sociais. Em: Oliveira, D.C.O. & Campos, P. H. F. *Representações sociais: uma teoria sem fronteiras*. (pp.23-34). RJ: Museu da República.
- Adebayo, S.B., Anyanti<sup>1</sup>, J., Ankomah, A., Omoregiel, G., Mamman-Daura, F. (2010). Understanding self-appraisal of HIV-infection risk among young adults in Nigeria: evidence from a national survey. *African Journal of AIDS Research*, 9(1), 51–61.
- Al-Iryani, B., Raja'a Y.A., Kok, G., Van Den Borne, B. (2010). HIV knowledge and stigmatization among adolescents in Yemeni schools. *International Quarterly Of Community Health Education [Int Q Community Health Educ]*, 30 (4), 311-320.
- Alencar, T.M.D., Nemes, M.I.B., Velloso, M.A. (2008). Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciência Saúde coletiva*, 13 (6). Retirado de [<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600019>] em Novembro de 2011.
- Allport, G.W. (1979). *The nature of prejudice*. New York: Basic Books.
- Ayres, J.R.C.M., França, Jr., Calazans, G.J., Saletti Filho, H.C. (2008). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. Em: Czeresnia, D. & Freitas, C.M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. (pp. 121-143). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Badahdah, A.M., Sayem, N. (2010). HIV-related knowledge and AIDS stigma among college students in Yemen. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16, 8, 901-906.

- 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.
- Bernardes, J. S. (2001). História. Em: M. N. Strey, et al. *Psicologia social contemporânea*. 5ª Edição. (pp.19-35). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Borges, A.L.V., Schor, N. (2005). Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Caderno Saúde Pública*, 21(2), 499-507.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2008). Pesquisa de Conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas às DST e Aids da população Brasileira de 15 a 64 anos de idade. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2011). Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST, versão preliminar*. Ano VII - nº 1 - 26ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010. Ano VIII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1999). Coordenação Nacional de DST e Aids. *Política Nacional de DST/aids: Princípios e diretrizes*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Borbón, H.F., González, V.C. (2010). Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Rev.Ciencias Médicas*, 14(3), 1-11.
- Camargo, A.M.F. (s/d). A aids e a sociedade contemporânea: estudos e histórias de vida. SP: Funcamp.

- Camargo, B.V. (1997). *Communication et prévention Du Sida*. Tese de Doutorado em Psicologia Social. École des Hautes Études em Sciences Sociales, Paris.
- Camargo, B. V. (2000). Sexualidade e representações sociais da aids. *Revista de Ciências Humanas*. Especial temática nº 3, 97-110.
- Camargo, B. V. (2005a). Introdução. Em: Moreira, A.S.P., Camargo, B.V., Jesuíno, J.C., Nóbrega, S.M. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. (pp. 19-22). João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- Camargo, B.V. (2005b). ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Em: Moreira, A.S.P., Camargo, B.V., Jesuíno, J.C., Nóbrega, S.M. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. (pp. 511-539). João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- Camargo, B. V. (2009). Avaliação de mensagens preventivas e mudança das vulnerabilidades sociais e culturais da infecção pelo HIV. Em: Lopes, M., Mendes, F., Moreira, A. (coord). *Saúde, Educação e Representações Sociais. Exercícios de diálogo e convergência*. (pp. 217-232). Coimbra: Editora Formasau.
- Camargo, B. V., Barbará, A., Bertoldo, R. B. (2005). Um instrumento de medida da dimensão informática da representação social da aids. Em: *IV Jornada Internacional e II Conferência Brasileira sobre Representações Sociais, 2005, João Pessoa. Textos Completos da IV Jornada Internacional e II Conferência Brasileira sobre Representações Sociais*, 1, 385-1395.
- Camargo, B.V., Barbará, A., Bertoldo, R.B. (2007). Concepção pragmática e científica dos adolescentes sobre a aids. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 12(2), 277-284.
- Camargo, B.V., Bertoldo, R.B., Barbará, A. (2009). Representações Sociais da Aids e alteridade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, 9(3), 710-723.

- Camargo, B. V., Botelho, L. J. (2007). Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes\_sobre proteção contra o HIV. *Revista de Saúde Pública*, 41, 61-68.
- Camargo, E.A.I., Ferrari, R.A.P. (2009) Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 937-946.
- Carrara, S. (1994). A aids e a história das doenças venéreas no Brasil. Em: Parker, R., Bastos, C., Galvão, J., Pedrosa, J.S. (orgs). *A aids no Brasil (1982-1992)*. (pp. 273-306). RJ: UERJ, 1994.
- Carvalho, F.T., Moraes, N.A., Koller, S.H., Piccinini, C.A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/aids. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (9). Recuperado de [<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900011>] em outubro, 2011.
- Cazals-Ferré, M.P., Rossi, P. (2007). *Psicologia: elementos de psicologia Social*. Portugal: Porto Editora.
- Chikovore, J., Nystrom, L., Lindmark, G., Ahlberg, B.M. (2009). HIV/AIDS and sexuality: concerns of youths in rural Zimbabwe. *African Journal of AIDS Research*, 8(4): 503–513.
- Crowne, D. P., Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354.
- Collani, G.V., Grumm, M., Streicher, K. (2010). An Investigation of the Determinants of Stigmatization and Prejudice Toward People Living With HIV/AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 40 (7), 1747–1766.
- Dávila, M.E., Tagliaferro, A.Z., Bullones, X., Daza, D. (2008). Nivel de conocimiento de adolescentes sobre VIH/SIDA. *Revista Salud Pública*, 10(5), 716-722.
- Dias, S.F., Matos, M.G., Gonçalves, A.C. (2006). AIDS-related stigma and attitudes towards AIDS-infected people among adolescents. *AIDS Care*, April, 18(3), 208-214.



- Doise, W. (2001). As atitudes e representações sociais. Em: Jodelet, D. (org). *As representações sociais*. (pp.187-203). RJ: Eduerj.
- El-Gadi, S., Abudher, A., Samud, M. (2008). HIV-related knowledge and stigma among high school students in Libya. *International Journal of STD & AIDS*, 19, 178–183.
- Farr, R. (1986). Las representaciones sociales. Em: Moscovici, S. *Psicología Social II*. (pp. 495-505). Barcelona: Editora Paidós.
- Farr, R. (1995). Representações Sociais: a teoria e sua história. Em: S. Jovchelovich & P. A. Guareschi (Orgs.) *Textos em Representações Sociais*. (pp. 31-59). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Fernandes, H., Horta, A.L.M. (2005). Percepções de alunas de graduação em enfermagem sobre parcerias sorodiscordantes para o HIV/AIDS. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(4), 522-531.
- Galvão, A.C. (2009). *Os muros (in)visíveis do preconceito: um estudo das representações sociais das pessoas que vivem com HIV/aids*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília, DF.
- Ganczak M., Barss, P., Alfaresi, F., Almazrouei, S., Muraddad, A., Al-Maskari, F. (2007). Break the silence: HIV/AIDS knowledge, attitudes, and educational needs among Arab university students in United Arab Emirates. *Journal of Adolescent Health*, Jun, 40(6), 1-8.
- Garcia, S.; Koyama, M.A.H. (2008). Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 1-12.
- Garcia-Marques, T., Garcia-Marques, L. (2003). *Os estereótipos e sua influência no processamento de informação*. Lisboa: ISPA.

- Garrido, P.B.; Paiva, V.; Nascimento, V.L.V. et al. (2007). Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 41 (2), 1-9.
- González, A.F.L., López, T.M.T., Beltrán, C.A. (2008). Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6(2), 739-768.
- Guerrero C, Quiroz O, Sánchez D, Más I, Rodríguez D. (2002) Los adolescentes y sus conocimientos sobre el SIDA. *Acta Pediátrica de México*, 23(4), 223-27. Retirado de [<http://www.scielo.br>] em 01 de Novembro de 2010.
- Helman, C.G. (2003). *Cultura, saúde e doença*. 4ªed. Porto Alegre: Artmed.
- Jesuíno, J.C. (2006). A psicologia social europeia. Em: J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.). *Psicologia social*. 7ª ed (pp. 49-60). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Jeolás, L.S. (2005). Possibilidades e limites da prevenção da aids: notas sobre duas experiências com grupos de jovens. Em: Carvalho, M.E.G., Carvalhaes, F.F., Cordeiro, R.P. (orgs). *Cultura e subjetividade em tempos de aids*. (pp. 79-97). Londrina: Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Em: Moscovici, S. *Psicología social II*. (pp. 469-494). Barcelona: Editora Paidós.
- Jodelet, D. (1998). Representações do contágio e a Aids. Em: Jodelet, D., Madeira, M. (orgs). *Aids e representações sociais: à busca de sentidos*. (pp.17-45). Natal: EDUFRN.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. Em: Jodelet, D. (org). *As representações sociais*. (pp.187-203). RJ: Eduerj.

- Joffe, H. (1995). “Eu não”, “o meu grupo não”: Representações Sociais transculturais da Aids. Em: Guareschi, P.A., Jovchelovitch, S. (orgs). *Textos em representações sociais*. 2ª Ed. (pp. 297-322). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Junique, C., Barbry, W., Scano, S., Zeliger, R. & Vergès, P. (2002). *L'analyse de similitude de questionnaires et de donnees numeriques, SIMI2000*. Aix em Provence: Manuel d'utilisateur.
- Krüger, H. (2004). Cognição, Estereótipos e preconceitos sociais. Em: Lima, M.E.O., Pereira, M.E. (orgs). *Estereótipos, preconceito e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas*. (pp. 23-35). Salvador: EDUFBA.
- Laplantine, F. (2010). *Antropologia da doença*. 4ªed. SP: Martins Fontes.
- Lima, M.E.O. (2011). Preconceito. Em: Camino, L., Torres, A.R.R., Lima, M.E.O., Pereira, M.E. (orgs). *Psicologia Social: temas e teorias*. (pp. 451-500). Brasília: Technopolitik.
- Lippmann, W. (2004). *Public Opinion*. New York: Dover Publications.
- Madureira, V.S.F., Trentini, M. (2008). Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1807-1816.
- Maliska, I.C.A., Padilha, M.I., Vieira, M., Bastiani, J. (2009). Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, 30(1), 85-91.
- Maroco, J., Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Instituto Superior de psicologia Aplicada, Laboratório de psicologia*. Portugal, 4(1), p.65-90.
- Marques, H.H.S., Silva, N.G., Gutierrez, P.L., Lacerda, R., Ayres, J.R.C.M., DellaNegra, M. & cols (2006). A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(3), 619-629.

- Marques, J., Paéz, D. (2006). Processos cognitivos e estereótipos sociais. Em: Vala, J., Monteiro, M.B. (coord). *Psicologia Social*. 7ª Ed. (pp. 333-386). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Maswanya, E., Brown, G., Merriman, G. (2009). Services and attitudes to people living with HIV/aids among college students in Dar-Es-Salaam, Tanzania. *East African Journal of Public Health*, 6, 3, 247-250.
- Moliner, P., Vidal, J. (2003). Stéréotype de la catégorie et noyau de la représentation sociale. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 1, 157-175.
- Moriya, T.M., Gir, E., Hayashida, M. (1994). Escala de atitude frente à aids: uma análise psicométrica. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 2(2), 37-53.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. RJ: Zahar editores.
- Moscovici, S. (1981). On Social Representations. Em: Forgas, J.P. *Social Cognition*. (pp.181-209). London: Academic Press.
- Moscovici, S. (2001). Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. Em: D. Jodelet (org). *As representações sociais*. (pp. 45-66). RJ: Eduerj.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Natividade, J.C. (2009). Agrupamento em fatores de elementos da representação social da aids por adolescentes. *VI jornadas internacionais de representaciones sociales y las III jornadas nacionales de representaciones sociales*. Buenos Aires: JIRS.
- Natividade, J.C., Camargo, B.V. (2011). Elementos caracterizadores das representações sociais da aids para adultos. *Temas em Psicologia*, 19(1), 305-317. Retirado de [http://www.sbponline.org.br/revista2/vol19n1/PDF/v19n1a24.pdf] em Janeiro de 2012.

- Nunes, E. L. G., Andrade, S. G. (2009). Adolescentes em situação de rua: prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil. *Psicologia & Sociedade*, 21(1), 45-54.
- Oliveira, D.C.; Costa, T.L. (2007). A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/AIDS: elementos normativos e contranormativos do pensamento social. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9(2), 73-91.
- Papalia, D.E., Olds, S.W., Feldman, R.D. (2006). Adolescência. Em: Papalia, D.E., Olds, S.W., Feldman, R.D. *Desenvolvimento Humano*. 8ª Edição. (pp. 439-510). Porto Alegre: Artmed.
- Parker, R., Bastos, C., Galvão, J., Pedrosa, J.S. (orgs). (1994). A aids no Brasil. RJ: Relume-Dumará, UERJ.
- Paulilo, M.A. S. (1999). *Aids: os sentidos do risco*. São Paulo: Veras Editora.
- Paulilo, M.A.S. (2005). Risco em tempos de aids. Em: Carvalho, M.E.G., Carvalhaes, F.F., Cordeiro, R.P. (orgs). *Cultura e subjetividade em tempos de aids*. (pp. 47-64). Londrina: Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids.
- Pettigrew, T.F., Tropp, L. R. (2005). Relationships between intergroup contact and prejudice among minority and majority status groups. Em: *Psychological Science*, 16, (12), 951-957.
- Rabuske, M.M. (2009). *Comunicação de diagnósticos de soropositividade para o HIV e de Aids para adolescentes e adultos: implicações psicológicas e repercussões nas relações familiares e sociais*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Reinert, M. (1998). *Alceste: Analyse de données textuelles*. Manuel d'utilisateur. Toulouse: IMAGE.
- Ribas, R.C., Moura, M.L.S., Hutz, C.S.(2004). Adaptação brasileira da escala de desajabilidade social de Marlowe-Crowne. *Avaliação*

*Psicológica*, 3(2). Retirado de [<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>], em dezembro de 2011.

Roche, R.G.G., Alfaro, A.C., Aguilera, L.E.V., Sánchez, M.H., Valera, A.M. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1), 1-7. Retirado de <http://www.scielo.br>, em outubro de 2010.

Sá, C.P. (1996). *Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Sampieri, R.H., Collado, C.F., Lucio, P.B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. 3ª Ed. SP: McGraw-Hill.

Santa Catarina, Secretaria de Estado da Educação e do Desporto (1998). *Proposta Curricular de Santa Catarina: Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio: Temas Multidisciplinares*. Florianópolis, COGEN, 120 p.

Sayles, J.N., Wong, M.D., Kinsler, J.J., et AL. (2009). The Association of Stigma with self-reported Access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/aids. *Journal of General Internal Medicine*, 24(10), 1101-1108. Retirado de: <http://www.scielo.br>, em 21 de outubro de 2010.

Scano, S., Junique, C. & Vergès, P. (2002). *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations, EVOC2000*. Aix en Provence: Manuel d'utilisateur.

Seidl, E. M. F., Ribeiro, T. R. A., Galinkin, A. L. (2010). Opiniões sobre pessoas com HIV/AIDS. *Psico-USF*, 15(1), 103-112.

Silva, G.A., Abrantes, V.L.M. (2004). Por detrás das luvas e máscaras: Representações das enfermeiras sobre a aids. Em: Tura, L.F.R., Moreira, A.S.P. *Saúde e Representações Sociais*. (pp. 97-128). João Pessoa: Editora Universitária.

Silva, A.B., Camargo, B.V. (2004). A difusão científica da aids na mídia impressa. *Psico*, 35(2), 169-176.

- Souza, M.R. (1994). Políticas implícitas e Explícitas no combate e prevenção do HIV e AIDS. Em: Parker, R., Bastos, C., Galvão, J., Pedrosa, J.S. (orgs). *A aids no Brasil (1982-1992)*. (pp. 331-340). RJ: UERJ, 1994.
- Sprinthall, N.A., Collins, W.A. (2003). *Psicologia do Adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. 3ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Suit, D.A.V. (2005). *Pessoas convivendo com o HIV – construindo relações entre vivência de estigma e enfrentamento*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Suit, D.A.V.; Pereira, M.E. (2008). Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. *Psicologia USP*, 19(3), n.3, 1-19.
- Tajfel, H. (1982). *Grupos humanos e categorias sociais*. Vol. 1. Lisboa: Horizonte.
- Techio, E.M. (2011). Estereótipos sociais como preditores das relações intergrupais. Em: Techio, E.M., Lima, M.E.O. (orgs). *Cultura e produção das diferenças: estereótipos e preconceito no Brasil, Espanha e Portugal*. (pp. 21-75). Brasília: Technopolitik.
- Thi, M.D.A., Brickley, D.B., Vinh, D.T.N., Colby, D.J., Sohn, A.H., Trung, N.Q., Giang, L.T., Mandel, J.S. (2008). A Qualitative Study of Stigma and Discrimination against People Living with HIV in Ho Chi Minh City, Vietnam. Em: *AIDS Behavior*, 12, 63-70.
- Thiengo, M.A., Oliveira, D.C., Rodrigues, B.M.R.D. (2005). Representações sociais do HIV/aids entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39(1), 68-76.
- Toledo, M.M. (2008). *Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/aids: revisão integrativa*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

- Tura, L.F.R. (1998). Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. Em: Jodelet, D., Madeira, M. (orgs). *Aids e representações sociais: à busca de sentidos*. (pp. 121-154). Natal: EDUFRN.
- Unaid (2010). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. London: Unaid.
- Unaid (2008). *HIV/AIDS update: Stigma, discrimination and vulnerability to HIV*. London: Unaid.
- Vala, J. (2006). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. Em: Vala, J. & Monteiro, M.B. (Orgs.). *Psicologia social*. 7ª ed (pp. 457-502). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Vidal, J. (2003). Noyau central et stéréotypie : la question de la durabilité du changement. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 60, 50-58.
- Visser, M.J., Makin, J.D., Vandormael, A., Sikkemad, K.J., Forsythd, B.W.C. (2009). HIV/AIDS stigma in a South African community. *AIDS Care*, 21(2), February, 197-206.
- Wagner, W. (2007). Conhecimento vernacular da ciência na vida cotidiana: porque razão as pessoas querem saber algo sobre a ciência? Em: Em: A.S.P. Moreira e B.V. Camargo (orgs). *Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais*. (pp. 131-149). João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- World Health Organization (WHO) (2011). *Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011*. Geneva, World Health Organization.
- Zucchi, E.M. (2008). *Estigma e discriminação relacionada ao HIV/Aids: direito à educação de crianças e jovens órfãos por Aids*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.



## 10. APÊNDICES

### 10.1. Apêndice A



#### Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Prezado (a) diretor (a):

Meu nome é Larissa Antunes, sou aluna do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, e estou realizando uma pesquisa, intitulada: “*O papel dos estereótipos nas representações sociais compartilhadas por adolescentes sobre as pessoas que vivem com HIV/aids*”. Gostaria de solicitar a participação dos estudantes do ensino médio, pois a opinião deles é muito importante para este estudo. A participação dos alunos será **voluntária e anônima**, isto é, eles não serão identificados em nenhum momento e suas respostas individuais nunca serão divulgadas. Apenas os pesquisadores terão acesso a elas.

Caso seja autorizada a participação dos alunos, solicito a permissão para que possa utilizar o questionário respondido por eles, sendo que apenas eu terei acesso direto às informações fornecidas por eles. Ao final da minha pesquisa, estarei disponibilizando ao colégio os resultados obtidos. Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo, pode entrar em contato pelo telefone (48) 8424-2072 ou pelo e-mail: larissa@cfh.ufsc.br

Florianópolis, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2011.

Larissa Antunes  
Aluna do programa de pós-graduação em Psicologia

## 10.2. Apêndice B

### Questionário

Este questionário faz parte de uma pesquisa que o Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, da Universidade Federal de Santa Catarina, está realizando sobre a opinião dos adolescentes a respeito da aids e das pessoas que vivem com esta doença. Por isso, peço a sua contribuição para responder a este questionário. Sua participação é voluntária. Não existem respostas certas ou erradas. Sua sinceridade em responder às questões é essencial. *Não escreva seu nome nas folhas, pois este questionário é anônimo e você não será identificado (a) em nenhum momento da pesquisa.* Não se esqueça de responder todas as questões. Se tiver alguma dúvida ou desejar mais informações sobre a pesquisa não hesite em perguntar à pessoa responsável.

Responda as perguntas seguindo a ordem em que aparecem:

1. Cite as cinco palavras que lhe vêm à cabeça quando você pensa em uma pessoa que vive com HIV/aids:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Dentre estas palavras que você citou, escolha as **duas** que você considera mais importante:

\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

2. O que você pensa a respeito da aids? (*Preencha o máximo das linhas com sua opinião*)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

3. Nas frases abaixo, assinale (V) se você acha que a afirmação está correta, (F) se acha que a afirmação é falsa e (Não sei) se não souber a resposta.

	V	F	Não sei
A aids é uma doença que surge a partir da infecção pelo vírus HIV.			
A aids é uma síndrome decorrente da deficiência no sistema imunológico.			
O HIV necessita do organismo humano como hospedeiro para sobreviver.			
O HIV pode ser transmitido na primeira relação sexual com o parceiro.			
A saliva transmite o vírus HIV.			
Os resultados positivos do teste de detecção do HIV, não significam que uma pessoa apresentará, em curto espaço de tempo, os sintomas da doença da aids.			
No Brasil, o maior número de casos notificados da infecção pelo HIV é em indivíduos do sexo masculino.			
O HIV pode agir diretamente no sistema nervoso central induzindo lesões neurológicas.			
As relações sexuais sem proteção e com penetração anal ou vaginal podem transmitir o vírus HIV.			
O vírus HIV possui grande capacidade de mutação, o que dificulta produzir uma vacina eficaz.			

**4.** Pedro teve várias parceiras e não usava preservativo em suas relações. Em uma de suas relações sexuais desprotegidas, contraiu aids. Atualmente, Pedro namora Maria. Os dois usam preservativo em todas as suas relações sexuais, mas Pedro não contou a Maria que tem a doença. Ele tem medo que ela possa rejeitá-lo, pelo fato dela já ter mencionado que não se relacionaria com alguém que tenha aids. Em sua opinião, o que Pedro deve fazer? Justifique sua resposta. *(Use o máximo das linhas para justificar sua resposta).*

---

---

---

---

---

---

---

---

**5.** Você conhece alguém que possui HIV/aids?    ( ) Sim    ( ) Não

**6.** Se sim, qual a sua relação com esta(s) pessoa(s)? *(Pode assinalar mais de uma opção)*

( ) familiar

( ) amigo (a)

( ) namorado (a)

( ) outra resposta \_\_\_\_\_

7. Leia atentamente as respostas de uma pessoa de 17 anos, estudante do ensino médio, sobre as frases abaixo:

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Uma pessoa que vive com HIV/aids traz muitos gastos à sociedade					X
Uma pessoa que vive com HIV/aids tem direito a não divulgar seu diagnóstico		X			
Deve-se manter certa distância das pessoas que vivem com HIV/aids				X	
É possível identificar uma pessoa que tem HIV/aids pela sua aparência				X	
A pessoa que vive com HIV/aids de certo modo foi irresponsável e por isso foi contaminada pelo vírus				X	
Uma pessoa que vive com HIV/aids tem direito à participação social			X		
Na maior parte das vezes, uma pessoa com HIV não divulga sua condição para continuar a ter relações amorosas e sexuais					X
Uma pessoa que vive com HIV/aids deveria se afastar do convívio público com outras pessoas			X		
As pessoas que vivem com o vírus HIV podem continuar a ter relações amorosas e sexuais com proteção		X			
Pessoas que vivem com HIV/aids sofrem discriminação social				X	

**Com relação à questão 7:**

**A)** Você concorda com as respostas desta pessoa? (*Assinale o número que corresponde a sua resposta na escala de 1 a 7, sendo que 1 corresponde a Não concordo e 7 a Sim, concordo*).

Não concordo    1    2    3    4    5    6    7    Sim, concordo

**B)** Você gostaria de ter essa pessoa como amigo/a? (*Assinale o número que corresponde a sua resposta na escala de 1 a 7, sendo que 1 corresponde a Não gostaria, 4 a Indiferente, e 7 a Gostaria muito*).

Não gostaria    1    2    3    4    5    6    7    Gostaria muito

**C)** Você acha que as respostas desta pessoa são comuns entre os estudantes que você convive? (*Assinale o número que corresponde a sua resposta na escala de 1 a 7, sendo que 1 corresponde a Não, pouco comum e 7 a Sim, muito comum*).

Não, pouco comum    1    2    3    4    5    6    7    Sim, muito comum

**D)** Você acha que os adolescentes em geral, teriam respostas semelhantes à este estudante sobre o assunto? (*Assinale o número que corresponde a sua resposta na escala de 1 a 7, sendo que 1 corresponde a Não, em nada e 7 a Sim, bastante*).

Não, em nada    1    2    3    4    5    6    7    Sim, bastante

**E)** Com que impressão você ficou dessa pessoa? (*Assinale o número que corresponde a sua resposta na escala de 1 a 7, sendo que 1 corresponde a Extremamente Negativa e 7 a Extremamente Positiva*).

Extremamente negativa    1    2    3    4    5    6    7    Extremamente positiva

8. Assinale com um “X” a alternativa que corresponde à sua opinião sincera sobre as frases abaixo. Lembre-se que as suas respostas serão usadas somente para fins estatísticos, e não serão relacionadas a você, pois o questionário é anônimo e sua resposta pessoal não será identificada na pesquisa.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Uma pessoa que vive com HIV/aids traz muitos gastos à sociedade					
Uma pessoa que vive com HIV/aids tem direito a não divulgar seu diagnóstico					
Deve-se manter certa distância das pessoas que vivem com HIV/aids					
É possível identificar uma pessoa que tem HIV/aids pela sua aparência					
A pessoa que vive com HIV/aids de certo modo foi irresponsável e por isso foi contaminada pelo vírus					
Uma pessoa que vive com HIV/aids tem direito à participação social					
Na maior parte das vezes, uma pessoa com HIV não divulga sua condição para continuar a ter relações amorosas e sexuais					
Uma pessoa que vive com HIV/aids deveria se afastar do convívio público com outras pessoas					
As pessoas que vivem com o vírus HIV podem continuar a ter relações amorosas e sexuais com proteção					
Pessoas que vivem com HIV/aids sofrem discriminação social					

**9.** Onde você obteve a maior parte das informações sobre a aids, prevenção e suas formas de transmissão? (*Assinalar somente a opção que for a principal*).

- família                       amigos                       internet  
 escola                       televisão e revistas                       ninguém

**10a.** Responda com sinceridade: Em que situações você **não** se relacionaria com uma pessoa que vive com HIV/aids? (*Pode assinalar mais de uma opção*). Lembre-se que o questionário é anônimo e sua resposta pessoal não será identificada na pesquisa.

- Realizar atividades de estudo                       Começar uma amizade  
 Ter contatos físicos (abraço, etc)                       Iniciar um namoro  
 Dividir talheres e copos                       Ter relações sexuais

**10b.** Responda com sinceridade: Em que situações você se relacionaria com uma pessoa que vive com HIV/aids? (*Pode assinalar mais de uma opção*). Lembre-se que o questionário é anônimo e sua resposta pessoal não será identificada na pesquisa.

- Realizar atividades de estudo                       Começar uma amizade  
 Ter contatos físicos (abraço, etc)                       Iniciar um namoro  
 Dividir talheres e copos                       Ter relações sexuais



**Para finalizar, por favor, responda às questões abaixo:**

**11. Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino

**12. Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**13. Qual é a sua renda familiar? Considere todos os membros de sua família para responder esta pergunta. Assinale com um “X” a alternativa abaixo que corresponder à sua resposta.**

( ) De 1 a 3 salários mínimos (entre R\$ 545,00 e R\$ 1635,00)

( ) De 4 salários mínimos até 6 salários mínimos (entre R\$ 2180,00 e R\$ 3270,00)

( ) De 7 salários mínimos até 10 salários mínimos (entre R\$ 3815,00 e R\$ 5450,00)

( ) Mais de 10 salários mínimos (Acima de R\$ 5450,00)

**Obrigada por participar! Antes de entregar, verifique se você respondeu a todas as questões!**