

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – FAFICH  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AIDS PARA  
JOVENS UNIVERSITÁRIOS DE BELO HORIZONTE- MG**

**Sara Angélica Teixeira da Cruz Silva**

**Belo Horizonte  
2014**

**SARA ANGÉLICA TEIXEIRA DA CRUZ SILVA**

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AIDS PARA  
JOVENS UNIVERSITÁRIOS DE BELO HORIZONTE- MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, sob orientação do Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso Nascimento.

Belo Horizonte  
2014

150  
S586r  
2014

Silva, Sara Angélica Teixeira da Cruz

As representações sociais sobre Aids para jovens universitários de Belo Horizonte - MG [manuscrito] / Sara Angélica Teixeira da Cruz Silva. - 2014.

115 f.

Orientador: Adriano Roberto Afonso do Nascimento.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.  
Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses. 2. AIDS (Doença) – Teses.  
3. Representações sociais – Teses 4. Juventude – Teses. 5. Estudantes universitários – Teses. I. Nascimento, Adriano Roberto Afonso do. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**PPG  
PSICO  
LOGIA  
UFMG**


## FOLHA DE APROVAÇÃO

### **AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AIDS PARA JOVENS UNIVERSITÁRIOS DE BELO HORIZONTE- MG**

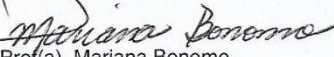
#### **SARA ANGELICA TEIXEIRA DA CRUZ SILVA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2014, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). ADRIANO ROBERTO AFONSO DO NASCIMENTO - Orientador  
Universidade Federal de Minas Gerais

  
Prof(a). Ingrid Faria Granerelli Nascimento  
UFMG

  
Prof(a). Mariana Bonomo  
UFES

Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2014.

A todos que me ajudaram com mãos,  
sorrisos, fé.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à minha família pela força e apoio em minhas escolhas, independente de quais fossem.

Ao meu orientador Adriano Nascimento, pela dedicação, esforço e carinho em relação ao meu trabalho e pelo apoio diante das dificuldades.

À minha sempre orientadora Ingrid Gianordoli-Nascimento, presente em “horinhas de descuido” com afagos e carinhos.

À minha irmã, entre calmarias e trovoadas esteve sempre ao meu lado, apoio e presença indiscutíveis.

À minha mãe, sem palavras para sua presença carinhosa, e pelos ombros diante das quedas.

Ao meu pai, que mesmo de longe, se faz presente em questionamentos que desde cedo me incitou e ensinou.

Ao meu querido irmão, também longe, mas sempre presente em horas improváveis.

Aos queridos colegas de trabalho e caminhada, Carla Vieira, Izabela Terra e Lucas Ed., entre sorrisos e desespos, estiveram presentes com suas doces amizades.

Às amigas de jornada Bárbara Gonçalves, Débora Reis, Flaviane Oliveira, Jaíza Cruz, Thayná Santos, Janaína Campos e Laís di Bella pela ajuda e por toda disponibilidade.

Ao amigo psicólogo Bruno Guimarães por me acompanhar com carinho incessantemente neste processo.

Ao companheiro Leonardo Pereira Alvarenga, meu apoio e refúgio.

Aos amigos Josué, Grace e Priscila von Randow por me mostrarem caminhos luminosos.

Aos amigos seu Silvio e Bernadete pelo imenso carinho e humildade, pela disponibilidade e abertura e a todos da Casa de Caridade Pai Rei Congo.

Aos universitários entrevistados, pela interessante contribuição.

À Capes e ao CNPq pela bolsa de estudos concedida tornando esse trabalho possível.

A AIDS serve com tanta perfeição para alimentar temores que vêm sendo cultivados há várias gerações com o fim de criar consensos – como o medo da subversão – e temores vindos à tona mais recentemente, de uma poluição incontrolável e de um fluxo inexorável de imigrantes do Terceiro Mundo, que nossa sociedade não pode deixar de encara-lo como algo que ameaça toda a civilização. E ao mesmo tempo que se acentua o valor metafórico da AIDS, fomentando-se os temores referentes à sua facilidade de transmissão, à iminência de sua difusão generalizada, nem por isso é afetada a convicção de que a doença, é, acima de tudo, uma consequência de atos ilícitos (ou atraso econômico e cultural). A ideia de que a AIDS vem castigar comportamentos divergentes e a de que ela ameaça os inocentes não se contradizem em absoluto. Tal é o poder, a eficácia extraordinária da metáfora da peste: ela permite que uma doença seja encarada ao mesmo tempo como um castigo merecido por um grupo de “outros” vulneráveis e como uma doença que ameaça potencialmente a todos.

Sontag (1989, p. 76)

# **As Representações Sociais sobre aids para jovens universitários de Belo Horizonte-MG**

## **RESUMO**

O surgimento da aids completa trinta anos de surgimento na década de 2010. A epidemia continua sendo amplamente estudada por sua peculiar história social. Inicialmente foi nomeada de “peste gay” e vinculada a grupos marginalizados. Desde então, ONGs e outros atores sociais têm travado lutas contra o preconceito e a estigmatização. No decorrer dessas três décadas, o público atingido se distribuiu segundo os processos de pauperização, femininização e juvenilização da doença. Esse último, em especial, tem mostrado que a juventude sexualmente ativa tem sido atingida de forma crescente. Entre os jovens com maior escolaridade tem-se observado um aumento do contágio, revelando que os anos de estudo e o acesso a recursos materiais não têm garantido a adoção de práticas de prevenção nesse segmento da população. Neste sentido, torna-se importante investigar como esses jovens têm pensado e agido em relação à aids. Utilizamos, nessa investigação, a Teoria das Representações Sociais, que tem se mostrado um campo profícuo para o estudo da epidemia desde seu surgimento. Sabe-se que as Representações Sociais são teorias práticas construídas num consenso social para dar sentido ao mundo cotidiano. Por isso, estão intimamente relacionadas aos comportamentos, os orientando e justificando. Assim, esse estudo procurou identificar as representações sociais de aids para jovens universitários da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, bem como a rede de significados, práticas e saberes que as envolvem. Com esse objetivo, interrogamos, com a utilização de questionários semi-estruturados, 506 jovens universitários, sendo 251 mulheres e 255 homens, com idade entre 18 e 25 anos. Os dados foram submetidos à Análise de Evocações e à Análise de Conteúdo, sendo posteriormente tratados com algumas técnicas de estatística descritiva. As representações de aids para os estudantes, apresentadas segundo o sexo dos mesmos, revelam alguns elementos mais arraigados historicamente sobre a doença, assim como outros que a aproximam da percepção de que ela se tornou mais uma doença crônica. O conhecimento dos entrevistados sobre a prevenção e formas de contágio revela que os mesmos sabem como se prevenir, embora utilizem o preservativo apenas com parceiros de confiança. Poucos realizaram o teste de HIV. Isso revela que o grupo se considera pouco vulnerável à contaminação. A apreensão das representações sociais dos jovens universitários sobre a aids visa esclarecer mecanismos sociais que conferem sentido à doença. Esses mecanismos, por sua vez, incidem na prática sexual dos sujeitos estudados. Esta investigação pode, assim, tornar disponíveis informações relevantes para a proposição de intervenções e campanhas dirigidas a esse público.

Palavras-chave: Aids, Representação Social, Juventude, Universitários.

# **Social Representations of Aids among College Students of Belo Horizonte - MG**

## **ABSTRACT**

The emergence of aids completes thirty years in 2010's. The epidemic continues to be broadly studied for its peculiar social history. Initially, it was named the "gay pest" and associated to marginalized groups. Since then, NGOs and other social actors have waged struggles against prejudice and stigmatization. During these three decades, the affected people were distributed according to processes of impoverishment, and feminization of the disease, as well as a process of the disease to attack a younger public. The last one, in particular, has shown that a sexually active youth has been achieved increasingly. Among young people with higher education, it has been observed an increase of contagion. It reveals that the all the years of study and access to material resources have not guaranteed adherence to prevention practices in this segment of the population. In this context, it is important to investigate how these young people have thought and acted in relation to aids. The Theory of Social Representations, which has proved a prolific field for the study of the epidemic since its inception, was used in this investigation. It is known that the social representations are practical theories constructed in a social consensus to make sense of the everyday world. Therefore, they are closely related to behaviors, guiding and justifying them. Thereby, this study sought to identify the social representations of aids among university students of the Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, as well as the network of meanings, practices and knowledge that are involved. With this objective it has been interviewed, using semi-structured questionnaires, 506 university students, with 251 women and 255 men, aged between 18 and 25 years. Data were subjected to Analysis of Evocations and Content Analysis, and subsequently treated with some descriptive statistical techniques. Representations of aids for students, presented according to the same sex, reveal some more historically rooted elements of the disease, as well as others who approach the realization that it has become more of a chronic disease. Knowledge of respondents about the ways of transmission and prevention reveals that they know how to protect themselves, even if they don't use condoms with trusted sexual partners. Few underwent HIV testing. This reveals that the group considers itself unlikely to be vulnerable to contamination. An understanding of the social representations of the youth about aids aims to clarify social mechanisms that give meaning to the illness. These mechanisms, on the other hand, affect the sexual practice of the subjects studied. This research, thus, can make available relevant information for proposing interventions and campaigns directed at this group.

**Keywords:** Aids; Social Representations; Youth; University.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Quadro de quatro casas referente ao termo indutor “aids” (frequência e ordem média de evocação).....	65
Figura 2 - Quadro de quatro casas referente ao termo indutor “aids” (frequência e ordem média de evocação), sujeitos do sexo feminino.....	66
Figura 3 - Quadro de quatro casas referente ao termo indutor “aids” (frequência e ordem média de evocação), sujeitos do sexo masculino.....	67

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Cursos dos participantes.....	59
Tabela 2 - Cursos de graduação dos participantes, por sexo.....	59
Tabela 3 - Naturalidade dos participantes, por sexo.....	60
Tabela 4 - Situação conjugal em que os entrevistados se encontram, por sexo.....	61
Tabela 5 - Orientação sexual declarada pelos participantes, por sexo.....	61
Tabela 6 - Religião dos participantes, por sexo.....	61
Tabela 7 - Condição de moradia dos estudantes, por sexo.....	62
Tabela 8 - Renda mensal dos participantes, por sexo.....	62
Tabela 9 - Participantes que possuem renda própria.....	63
Tabela 10 - Número de estudantes que possuem e que não possuem renda própria, por sexo.....	63
Tabela 11 - Classe socioeconômica declarada pelos estudantes.....	64
Tabela 12 - Classe socioeconômica declarada, por sexo.....	64
Tabela 13 - Formas de transmissão do HIV conhecidas pelos estudantes.....	68
Tabela 14 - Métodos de prevenção do HIV/Aids que os estudantes conhecem, por sexo.....	69
Tabela 15 – Estudantes que utilizam e que não utilizam métodos de prevenção, por sexo.....	70
Tabela 16 - Frequência de utilização dos métodos de prevenção.....	70
Tabela 17 - Métodos de prevenção utilizados, por sexo.....	71
Tabela 18 - Frequência de utilização dos métodos de prevenção do sexo feminino .....	71
Tabela 19 - Frequência de utilização dos métodos de prevenção do sexo masculino.....	72
Tabela 20 - Número de estudantes que realizou e que não realizou o Teste de HIV, por sexo.....	72

Tabela 21 - Motivos pelos quais os participantes realizaram o teste de HIV, por sexo.....	73
Tabela 22 - Número de estudantes que já tiveram e que não tiveram relação sexual por sexo.....	73
Tabela 23 - Número de estudantes que possuem e que não parceiro sexual fixo, por sexo.....	74
Tabela 24 - Número de estudantes sempre usam preservativos, por sexo.....	74
Tabela 25 - Frequência do uso de preservativos, por sexo.....	75
Tabela 26 - Principais motivos declarados para não usar o preservativo, por sexo.....	75
Tabela 27 - Principais motivos declarados para usar o preservativo, por sexo.....	76

## LISTA DE SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AZT	Azidotimidina
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELP	Evocação livre de palavras
EUA	Estados Unidos da América
EVOC	Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations
FDA	Food and Drug Administration
GRID	Gay Related Immune Deficiency
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSH	Homens que fazem sexo com homens
MMWR	Morbidity and Mortality Weekly Report
NGO	Non-Governmental Organizations
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs/Aids	Organizações não governamentais relacionadas à aids.
RS	Representações Sociais
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações Sociais

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS .....	6
RESUMO .....	8
ABSTRACT .....	9
LISTA DE FIGURAS .....	10
LISTA DE TABELAS .....	11
LISTA DE SIGLAS .....	13
1. APRESENTAÇÃO.....	16
2. INTRODUÇÃO.....	18
2.1. Aids: o início da epidemia no mundo .....	18
2.2. Aids: o mundo em números .....	26
2.3. A aids no Brasil.....	30
2.4. Aids no Brasil em números.....	38
2.5. A teoria das Representações Sociais.....	46
3. OBJETIVOS .....	55
3.1. Geral.....	55
3.2. Específicos .....	55
4. MÉTODO .....	56
4.1. Sujeitos.....	56
4.2. Procedimentos de coleta de dados .....	56
4.3. Instrumento .....	57
4.4. Procedimentos para análise de dados.....	58
5. RESULTADOS .....	60
5.1. Perfil dos entrevistados .....	60
5.2. Tratamento dos dados gerados pelas evocações livres .....	66
5.2.1. Quadro geral de evocações .....	66
5.3. Conhecimentos em relação à aids .....	69
5.4. Práticas sexuais dos universitários.....	70
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	78
6.1. Representação social de aids para os jovens universitários .....	78
6.2. Representação social de aids para as mulheres e homens universitários.....	81
6.3. Conhecimentos e práticas sobre a aids .....	85

7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	93
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	95
9.	ANEXOS .....	106
9.1.	Anexo A - Folha de Aprovação do Coep.....	106
9.2.	Anexo B – Anuências para realização da pesquisa nas Unidades Acadêmicas.....	108
9.3.	Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	114
9.4.	Anexo D – Instrumento utilizado na pesquisa .....	115

*Na penumbra dos tabus, uma sigla “apareSida” organiza objetos dissolvidos, díspares e ocasionalmente evidenciados como próximos, numa constelação – como na noite a imaginação lê nos astros os nomes das estrelas que guiam o destino do leitor de estrelas.*  
*Herbet Daniel*

## **1. APRESENTAÇÃO**

Esta pesquisa surgiu a partir de observações sobre a pouca ou nenhuma atenção que se dava à aids no contexto universitário. Notou-se que o tabu da aids se mantinha nos ambientes acadêmicos, não só em salas de aulas, mas sobretudo entre os estudantes. O silêncio em torno da aids mostrou algo interessante: não gostamos, no cotidiano, de falar sobre o assunto de forma aberta e implicada. A manutenção desse silêncio nos ambientes acadêmicos mostrava também que normas sociais relativas ao sexo estavam arraigadas e, portanto, naturalizadas.

A partir dessa percepção, a pesquisa se iniciou com a busca de índices de contágio no Brasil (Brasil, 2010a, 2010b, 2012a, 2012b, 2013) e em Minas Gerais (Brasil, 2012b, 2010b). A expectativa era de que as taxas tivessem estagnado ou diminuído. Mas, ao observar os dados, que incluíam a escolaridade e idade dos que haviam se contaminado, foi perceptível um aumento nos últimos anos das taxas de contaminação entre o público com ensino superior incompleto e completo.

Dentro desse quadro, a pesquisa percorreu caminhos diversos que poderão ser lidos a seguir. Priorizamos uma ordem em que o leitor possa vislumbrar como se chegou até o público universitário. Para tanto, os capítulos se distribuíram nas partes expostas em seguida. Inicialmente, buscou-se expor a história social da epidemia e suas imbricações com os diferentes atores sociais envolvidos. Logo após, são mostrados dados mundiais da contaminação, a fim de traçar um perfil dos mais atingidos mundialmente. Expusemos também algumas informações sobre a história da aids no Brasil, e como a história mundial se refletiu em terras nacionais. Com esse mesmo objetivo apresentamos os dados nacionais da epidemia, com um breve panorama de como se encontra a situação da aids em números.

Posteriormente, será apresentada a Teoria das Representações Sociais, utilizada como aporte teórico. A escolha dessa teoria é relevante, pois com ela é possível pensar não só numa “simples” análise de dados estatísticos, mas num leque de outros elementos igualmente importantes. Explicamos nossos hábitos e damos sentido a eles através das representações de objetos sociais considerados importantes. A aids tem sido vastamente estudada e constitui um importante objeto social, que permeia normas sociais significativas. A epidemia confrontou

antigos tabus de nossa sociedade e foi adaptada a eles de diferentes formas. Esse processo tem se refletido de algum modo no âmbito universitário. Assim, buscamos compreender o sentido que a doença tomou para os universitários a partir das suas práticas e dos conhecimentos construídos em seu entorno.

Assim, serão apresentados o método e os resultados encontrados a partir da coleta feita nos *campi* da Universidade Federal de Minas Gerais. Na sequência, será apresentada a análise dos dados. Esta, além de se embasar no aporte teórico, traz aspectos sócio-históricos da doença e da sexualidade considerados indispensáveis à compreensão das representações. Por fim, as considerações finais trazem algumas reflexões e possibilidades de estudos futuros.

## 2. INTRODUÇÃO

### 2.1. Aids: o início da epidemia no mundo

Os primeiros casos de aids foram identificados em Los Angeles (Estados Unidos da América – EUA) no início da década de 1980 (Mann, Tarantola & Netter, 1993a; Nascimento, 2005; Parker et. al, 1994). Entretanto, desde o final da década de 70, já se tinha casos similares sem que ainda fossem reconhecidos e diagnosticados como aids (Daniel & Parker, 1991; Mann, Tarantola & Netter, 1993a; Nascimento, 2005).

No dia 5 de junho de 1981, foi divulgado no *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), boletim oficial de saúde publicado nos Estados Unidos, o caso de cinco jovens do sexo masculino que apresentaram o mesmo quadro de infecção pulmonar. Além dessa infecção, eles manifestavam outras doenças oportunistas e tinham uma característica em comum: se autodefiniam homossexuais (Nascimento, 2005). Após surgirem outros casos similares, a nova doença foi associada rapidamente à homossexualidade, como se fosse exclusiva, ou ainda tivesse sido criada por homossexuais (Joffe, 1999).

Com esse quadro histórico, torna-se importante discorrer de forma breve sobre a história da homossexualidade, pois esta se engendra com a história social da aids. O termo homossexual foi utilizado pela primeira vez no século XIX pelo húngaro Benkert com o objetivo de estudar as relações sexuais entre homens e entre mulheres (Simões & Facchini, 2009). Na década de 50 do século XX, o termo gay passou a ser utilizado por americanos (Daniel, 1991b).

Na passagem do século XIX para o XX, surgiram estudos e teorias sobre a sexualidade. Estes chamavam a homossexualidade de “inversão sexual” e a incluíam em listas de transtornos sexuais. Ao mesmo tempo, cresciam estudos que defendiam a homossexualidade como algo natural, observável em outras espécies animais. Portanto, não seria uma doença passível de cura (Simões & Facchini, 2009).

A homossexualidade, antes de se tornar uma patologia médica, chegou a ser criminalizada, se mantendo assim até o início do século XX em países europeus e nos Estados Unidos (Moreira, 2012; Simões & Facchini, 2009). No Brasil, práticas como a sodomia já não faziam parte do código penal desde 1830. Entretanto, até 1940 o “travestismo” e a “viadagem” foram alvo de intervenções violentas da polícia e eram julgados criminalmente (Simões & Facchini, 2009). Desse modo, a homossexualidade, na Europa e EUA, saía do campo criminal para o campo das patologias médicas. Na década de 70 do século XX, deixava de ser considerada uma doença psiquiátrica (Moreira, 2012; Ceccarelli & Franco, 2010; Quintas,

2008). No Brasil, somente em meados de 1980, a homossexualidade deixaria de ser oficialmente considerada uma doença (Simões & Facchini, 2009).

Cabe observar que, apesar da descriminalização e da “despatologização” institucionalizadas oficialmente, o imaginário social e as representações sobre os homossexuais já estavam fortemente constituídos e institucionalizados em meios não oficiais. A forte discriminação histórica contribuiu para que os homossexuais fossem excluídos de uma “normalidade” socialmente aceita (Simões & Facchini, 2009; Camargo Junior, 1993). A associação da aids à homossexualidade reuniu um histórico discriminatório, o modo de transmissão por via sexual e os primeiros contágios entre homens gays. Isso foi favorecido pela incompreensão da homossexualidade, na sociedade como um todo, e por parte dos médicos que se deparavam com os doentes. Houve casos em que a informação de que o paciente era homossexual junto da constatação de doenças oportunistas bastavam para que o diagnóstico da soropositividade fosse confirmado, antes mesmo que o exame de sangue fosse realizado. O contrário também ocorria: um paciente poderia apresentar os sintomas das doenças oportunistas mas, confirmada a sua heterossexualidade, mesmo que houvesse práticas homossexuais não declaradas, a soropositividade era descartada (Daniel & Parker, 1991).

Historicamente, a vivência da homossexualidade vinha sofrendo mudanças importantes, pois a luta pelo fim da discriminação crescia e se organizava cada vez mais. Isso acontecia em grandes centros urbanos de países europeus desde o início do século XX. No Brasil, a organização de ativistas homossexuais ocorreu com mais força a partir de 1969. A revolução sexual contribuiu também para mudanças nas experiências heterossexuais ditas “normais” e para o fortalecimento do movimento gay. Contudo, o surgimento da aids abalou a luta que já vinha sendo travada contra o preconceito (Simões & Facchini, 2009).

Em 1981, a doença que ameaçava jovens gays nos EUA foi noticiada pela primeira vez, em um veículo de comunicação não científico, o jornal New York Times (Nascimento, 2005). Essa notícia, segundo Daniel (1991b), dizia que haviam morrido 41 homossexuais americanos que pareciam sofrer de um diferente tipo de câncer de pele, e isto poderia estimular estudos do câncer no restante da população. Percebe-se que a “população em geral” seria um grupo diferente dos homossexuais. Essa separação parece ter sido fundamental para a formação e fortalecimento do que o autor chama de “ideologia dos grupos de risco” (Daniel, 1991b). Para ele, a homossexualidade se tornava patogênica.

Simões e Facchini (2009) apontam que as construções sociais em torno da doença eram uma resposta da sociedade ao crescimento do movimento homossexual e aos novos espaços de

sociabilidade que vinham tomando. Os autores ressaltam que essa foi uma tentativa de voltar aos valores e normas sociais que antes eram impostos para esse grupo com o uso arbitrário da violência. Nesse sentido, as nomeações dadas inicialmente à doença revelam a aproximação do patológico que se impunha aos homossexuais e às suas relações sexuais.

Primeiramente, a aids foi chamada de “Wrath of God Syndrome” nos EUA, traduzida como “síndrome da ira de deus”. Logo após, foi chamada de “câncer gay”, “síndrome gay” e “GRID” (Gay Related Immune Deficiency) ou “imunodeficiência relacionada ao homossexual”. Essa nomenclatura carregava sua ligação direta com a homossexualidade e foi substituída em 1982 pela sigla que hoje conhecemos: Aids<sup>1</sup>, “Acquired Immunodeficiency Syndrome” (Daniel, 1991b; Camargo Junior, 1993; Souza, 1994; Nascimento, 2005). Entretanto, a forte ligação da doença aos gays estava longe de ser desfeita.

Como vimos, a associação com a homossexualidade vinha acompanhada de termos como peste e câncer. Essas denominações foram vastamente exploradas por Sontag (1989, p. 53), que afirma que:

A ‘peste’ é a principal metáfora através da qual a epidemia da AIDS é compreendida. E por causa da AIDS a ideia generalizada, embora absurda, de que o câncer é uma epidemia, até mesmo uma peste, parece estar desaparecendo: a AIDS banalizou o câncer.

Nesta perspectiva, o significado de peste se aproxima de calamidade ou flagelo (Sontag 1989; Nascimento, 2005) e, historicamente, já foi utilizada para denominar grandes males coletivos, como, por exemplo, a lepra e a sífilis. Tais doenças não causavam necessariamente a morte, mas eram carregadas de significados negativos, como a vergonha ou nojo (Sontag, 1989). Segundo a autora, esse tipo de epidemia também já foi associado ao castigo divino, única explicação para que o mal ocorresse com determinado grupo de pessoas. Os indivíduos atingidos por doenças calamitosas eram tidos como culpados e merecedores da sua enfermidade, porque agiram pecaminosamente. O significado social da aids é parecido com o do câncer, no sentido de que o indivíduo atingido é o próprio causador da doença por seus maus hábitos, igualmente pecaminosos. O grupo dos atingidos pela aids foi formado por pessoas transgressoras das normas sociais e sexuais, tornando-se propensas a se contaminarem: prostitutas, gays, usuários de drogas (Sontag, 1989).

A condenação das pessoas contaminadas se encontra enraizada numa moral religiosa. Esta define o pecado como transgressão de normas sociais pré-definidas, como, por exemplo,

---

<sup>1</sup> Nessa época era grafada em letras maiúsculas.

o sexo ser permitido somente após o casamento. As mudanças de costumes ocorridas nas décadas de 60 e 70 do século XX se refletiram fortemente nas normas sexuais vigentes. Isso foi impulsionado pela criação do anticoncepcional e pela facilidade com que doenças sexuais passaram a ser tratáveis ou curáveis. Assim, inicialmente a construção em torno da aids, de certo modo, obrigava a população a regredir aos antigos moldes de vivenciar a sexualidade (Sontag, 1989; Bozon, 2004).

Ainda que a aids já estivesse sendo estudada, a descoberta do vírus HIV só se deu em 1983, simultaneamente na França e nos Estados Unidos. Até então, não se sabia se a doença era realmente nova, se surgiu naquele momento histórico ou ainda se havia passado despercebida aos olhares médicos e da população (Nascimento, 2005; Bastos, 2006). Várias especulações giraram em torno da origem da doença. Segundo Sontag (1989), como mencionamos, a aids, e outras pandemias, seguem um clássico imaginário social sobre a peste. As pestes geralmente são associadas a países africanos pobres e negros, onde supostamente surgiram. Assim, imaginava-se que a aids seguiu uma rota geográfica da África até o Haiti, de lá até os EUA e, por fim, chegou até a Europa.

Associar o surgimento da doença a países africanos remete à discriminação vinculada a preconceitos antigos sobre os negros e seus hábitos, considerados exóticos. Para Sontag (1989), tais preconceitos revelam a propagação de estereótipos de uma sexualidade desenfreada e da animalidade sexual. Numa perspectiva eurocêntrica, esses povos têm hábitos bizarros e, na maior parte, desconhecidos, criando-se facilmente, a ideia de que uma doença fora ocasionada por esses hábitos. Na África Central, a defesa contra a difusão dessa crença foi certa. Muitos estudiosos de países africanos acreditavam que o vírus fora levado dos EUA para lá, a fim de dizimar os habitantes do continente. Adicionalmente, neste local, a ideia de que a primeira transmissão ocorreu por relações homossexuais entre missionários americanos e africanos se propagava (Joffe, 1999; Sontag, 1989). Marques (2003) também afirma que a história de outras doenças infecciosas, como a sífilis, aponta para grandes viagens intercontinentais como uma das explicações para que a transmissão fosse facilitada.

De qualquer modo, a aids só começou a ganhar um maior espaço na imprensa mundial a partir da morte por causas comuns entre homossexuais de classe alta, de nível escolar superior e residentes nos EUA. A percepção da aids como doença própria de gays levou a população que não se considerava homossexual a uma identificação com os grupos isentos de se contaminarem, independente de suas práticas sexuais. Isso, de certo modo, eximiu a população, por algum tempo, do pavor da morte certa e de cuidados em relação às próprias práticas sexuais.

Entretanto, os dados divulgados sobre os novos casos começaram a alterar esse quadro (Nascimento, 2005; Daniel & Parker, 1991).

Em 1982, nos EUA, novos casos da infecção começaram a aparecer entre usuários de drogas injetáveis, hemofílicos, haitianos, crianças nos seus primeiros anos de vida, prisioneiros e trabalhadores da área da saúde. Configurava-se, a partir daí, o grupo de pessoas propensas a se contaminarem, os “grupos de risco”, do qual faziam parte os “quatro h”: homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos. A transmissão por via heterossexual só foi confirmada em 1984, quando se identificaram mulheres infectadas por seus maridos soropositivos. Além desses, outros casos de crianças que tinham mães incluídas nos “quatro h” apontavam para a transmissão sem contato sanguíneo ou sexual e sem uso de drogas injetáveis. Na época, essa ocorrência era inexplicável para a medicina. Entretanto, o preconceito contra as pessoas que se enquadravam nos grupos de risco estava instaurado, embora fosse mais acirrado contra homossexuais e haitianos nos EUA (Camargo Junior, 1993).

No restante do mundo, já em 1980 estimava-se que 100.000 pessoas estivessem infectadas, ainda que esse índice pudesse não condizer com o número de casos notificados. As estimativas calculadas se diferenciavam das notificações ocorridas nos países afetados devido a atrasos na transmissão das informações, problemas de diagnósticos, instalações inadequadas e imprecisão na definição dos casos de aids. Além disso, alguns países se recusavam a informar a quantidade real de pessoas atingidas (Mann, Tarantola & Netter, 1993a).

Em 1992, a aids já sinalizava seu caráter pandêmico. Dos anos 80 aos 90 do século XX profissionais de saúde e a população criavam conceitos estereotipados sobre a doença, trazendo à tona imagens antigas de outras epidemias. Segundo Mann, Tarantola e Netter (1993a), três abordagens foram utilizadas na compreensão global da doença: a geográfica, que aponta as áreas do mundo mais atingidas; a temporal, que mostra as mudanças dos números de infectados durante determinado período; e a populacional, que mostra a pandemia segundo características da população, como idade e sexo, além dos modos de transmissão. Outra forma dos dados serem mostrados são as taxas de incidência e de prevalência. A primeira diz dos novos casos de aids em determinados período e local; e a segunda diz da proporção de pessoas atingidas, somada pela totalidade dos casos, novos e antigos, na população de interesse em determinados período e local. Os autores apontam para as dificuldades de se mostrar dados coerentes diante de variáveis complexas, como pontos geográficos que incluem grandes populações com as mais diversas idiossincrasias. Assim, nas primeiras décadas, o sistema de notificação se mantinha inadequado, não só pelas dificuldades já apontadas, mas também pela relutância de algumas

nações para divulgarem seus dados. Algumas adaptações foram se realizando diante desse quadro, como, por exemplo, determinados padrões de notificação adotados inicialmente tiveram que ser abandonados, pois se mostravam demasiadamente simplistas para abarcar todos os públicos e países atingidos (Mann, Tarantola & Netter, 1993a).

Nesse período, em que eram buscadas características mais objetivas da pandemia, o medo imperava, uma vez que as novas infecções se mostravam cada vez mais complexas. Isso apontava para a imprevisibilidade dos novos contágios e para a instabilidade da nova doença. Os indicadores de áreas geográficas mostravam a progressão da aids associada a determinados grupos populacionais, definindo os grupos com maior risco de se infectar. No início da década de 90, já se percebia a interiorização da doença, que se disseminava em áreas rurais, e também um aumento de infecções que ia de 30% a 100% em algumas populações. Revelava-se cada vez mais que nenhuma população poderia se considerar imune. Contudo, alguma noção de grupos específicos atingidos, além do grupo de risco, ia se formando. Nas primeiras décadas após o surgimento da aids, o panorama mundial já indicava que esta afetaria principalmente adultos jovens e de meia-idade, atingindo de forma crescente os homens em todas as faixas de idade (Mann, Tarantola & Netter, 1993a).

A aids denunciou, além dos preconceitos e estereótipos arraigados sobre determinados grupos sociais, problemas políticos graves. A defasagem do investimento na área da saúde em diversos países, a pobreza, os altos índices de analfabetismo, a desnutrição, a falta de moradia, entre tantos outros fatores, agravaram a disseminação da epidemia em países subdesenvolvidos (Sontag, 1989). Isso impulsionou uma mobilização jamais vista no controle de uma doença, já que a aids não se limitou a países pobres ou tropicais, como outras doenças. Em 1987, foi criado o Programa Global de Aids, e uma resolução elaborada pelos 167 países que faziam parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) exigiu a mobilização mundial contra a aids. A partir desse momento, houve um investimento significativo nos programas nacionais de combate à epidemia. Os anos seguintes também apontaram a solidariedade entre os diversos países participantes (Mann, Tarantola & Netter, 1993a). Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara 01 de dezembro como o primeiro Dia Mundial de Luta Contra a Aids.

Com a disseminação ocorrendo em inúmeros estratos da população, novos conceitos surgiram em substituição àqueles que nomeavam as pessoas infectadas. “Grupos de risco” tornou-se uma expressão em desuso, já que a doença não se restringia mais a prostitutas,

usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e gays. Assim, em 1993, Mann, Tarantola e Netter<sup>2</sup> publicaram um texto sobre a vulnerabilidade, ponto de vista mais politizado e ético em relação aos motivos que levam uma pessoa a contrair o vírus. Essa perspectiva se diferenciou das explicações iniciais, que responsabilizavam os grupos de risco. Os autores expunham a existência de uma série de fatores, individuais e coletivos, que poderiam levar uma população ao risco do contágio, indo além das práticas individuais. Esses fatores se relacionam, sobretudo, com menores possibilidades de prevenção (Meyer, Mello, Valadão & Ayres, 2006). Assim, passou-se a pensar em níveis de vulnerabilidade, e não apenas na escolha individual de correr o risco. Esses níveis poderiam ser mensurados a partir de três componentes: o individual, o social e o programático ou institucional. Assim, chegava-se a alguns questionamentos de extrema importância para a compreensão da vulnerabilidade de uma população: “Vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições?” (Meyer et al., 2006, p. 1339). A partir disso, haveria um reconhecimento das condições de prevenção e das possibilidades objetivas de mudança. A vulnerabilidade passou a avaliar desde a existência de uma política de prevenção eficaz e a garantia do acesso a preservativos, até a possibilidade de negociação do preservativo com o parceiro, ou ainda o uso correto do preservativo (Mann, Tarantola & Netter, 1993b).

Ao final dos anos 80, o Food and Drug Administration (FDA), órgão que controla produtos farmacêuticos nos EUA, aprovou o primeiro anti-retroviral, a zidovudina (AZT). Logo após, o medicamento já estava sendo exportado para vários países atingidos. Novos e mais eficazes medicamentos começaram a ser desenvolvidos e exportados pelos EUA para o restante do mundo a partir da década de 90. No Brasil, os antirretrovirais começaram a ser produzidos em 1993, e, nos anos seguintes, novos medicamentos também passaram a ser produzidos (Brasil, 2003, junho).

Em 1990, foi divulgada a possível transmissão do HIV para o paciente através de um procedimento odontológico realizado por um dentista HIV-positivo. A partir desse evento, houve o início das discussões sobre o uso de equipamentos de segurança em procedimentos odontológicos (United States Government, 2013). Diversos estudos passaram a considerar a contaminação desse público e o uso de equipamentos de segurança em procedimentos médicos.

A década de 90 também foi marcada pelo significativo número de mortes de pessoas entre 25 e 44 anos por causa da aids (United States Government, 2013). Nesse período, houve

---

<sup>2</sup>Mann, J.; Tarantola, D. J. N. & Netter, T. W. (1993b). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In J. Mann, D. J. N. Tarantola & T. W. Netter (Orgs.), A AIDS no Mundo (pp. 273-300). Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ.

a notícia da soropositividade do astro do basquete americano "Magic" Johnson, a qual reiterava a ocorrência da doença entre heterossexuais. Houve também a morte de Freddie Mercury, componente da banda de rock Queen, por causa da aids (Galvão, 2002).

O aumento do número de novas infecções era alarmante, principalmente entre usuários de drogas injetáveis. Esse aumento impulsionou a implementação de políticas de redução de danos, como forma de prevenção em diversos países. Na Europa e nos EUA, as políticas de redução de danos já vigoravam desde a década de 70. No Brasil, se discutia a política de redução de danos desde o final da década de 80. Em 1989 houve a primeira tentativa de distribuição de seringas em Santos-SP. Entretanto, apenas em 1995, os primeiros postos de distribuição foram implantados. A política foi instituída e regulamentada nacionalmente apenas em 2004, após anos de discussões entre a sociedade civil, instituições religiosas e Estado. A polêmica envolvia a possibilidade de incentivo do uso de drogas ao se distribuir seringas (Andrade, 2011).

Ao final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) anunciou que a aids era a quarta maior causa de morte no mundo e a primeira na África. Nos anos iniciais da década de 2000, os EUA instituíam os dias da Consciência Nacional Latina e Afrodescendente pela caracterização singular dos contágios ocorridos entre esses públicos. Esses dias foram criados através de lutas dos movimentos sociais, pois esse público possuía números significativamente maiores de infecções do que o restante da população. Além dessa singularidade, até 2012, os EUA mantiveram uma política que proibia a imigração de pessoas com HIV, o que foi largamente discutido por grupos nacionais e internacionais (United States Government, 2013).

Avanços significativos foram realizados na década de 2000. Em 2004, já havia sido aprovado nos EUA o uso de amostras de teste rápido de HIV, que fornece o resultado em aproximadamente 20 minutos. A implantação desse teste e da vacina anti-HIV vêm sendo cogitadas em outros países atingidos. Em meados dos anos 2000, a África ainda se mantinha como o continente com índices mais preocupantes de novas infecções e de número total de infectados. Nesse local, o alto número de mulheres infectadas também é fator preocupante: 76% de todas as infectadas residem na África (United States Government, 2013).

O ano de 2006 marcou os 25 anos desde que foram notificados os primeiros casos de aids. Nesse mesmo ano descobre-se que a circuncisão médica dos homens pode reduzir o risco deles contraírem o HIV durante a relação heterossexual em até 53% (United States Government, 2013). Tal descoberta vem sendo discutida como uma forma de medicalizar a sexualidade, e não compreendê-la mais profundamente (Parker, 2009).

Atualmente, entre as pessoas que têm sido mundialmente atingidas percebe-se que os jovens com idades entre 15 e 24 anos são os mais afetados. Estes são globalmente responsáveis por metade das taxas de incidência. Entre os países que reduziram a prevalência nacional de HIV, há o investimento massivo nas tentativas de mudança de comportamento sexual da juventude. Tal investimento pode ter auxiliado no declínio global das novas infecções entre jovens em 2009, apesar de permanecerem entre os mais atingidos (UNAIDS, 2013).

Parker (2009) ressalta a importância das investigações e pesquisas realizadas por órgãos de saúde dos EUA e do Reino Unido, fundamentais para o conhecimento da doença. Entretanto, os estudos sobre a sexualidade a partir do advento da aids trouxeram, segundo o autor, uma “higienização” para este campo. Ele afirma que a prevenção contra o HIV tem sido re-medicalizada, assim como a sexualidade. Com isso, nos últimos 30 anos, as práticas de prevenção desenvolvidas vêm se descontextualizando das diversas culturas onde serão aplicadas. O autor ressalta que essas práticas vêm sendo adotadas justamente pela falha da perspectiva que higieniza a sexualidade. Alguns exemplos seriam a circuncisão, a redução do número de parceiros, a abstinência sexual e a monogamia. Estas duas últimas foram incluídas em um dos planos de emergência adotado nos EUA pelo governo Bush a partir da sua posse no ano de 2001.

Isso demonstra que as discussões e a maior abertura para discutir a sexualidade foram impulsionadas a partir da aids. Entretanto, mesmo que a aids tenha trazido a sexualidade para discussões públicas, ainda há de se colocar em pauta outras questões relevantes que atuam no contexto em que o sexo ocorre, ao invés de medicaliza-lo. Duas delas seriam a violência e a pobreza, pois ao notarmos os locais de maior incidência da aids, percebemos que são locais onde prevalecem problemas sociais sérios. A aids, assim, vem denunciando e apontando mais do que questões na área da sexualidade.

Neste sentido, através de dados fornecidos por órgãos internacionais de pesquisa, poderemos observar em quais contextos a aids se tornou uma pandemia. Além disso, veremos quais grupos têm sido mais atingidos em diversas partes do mundo.

## **2.2. Aids: o mundo em números**

Nos quatro primeiros anos da epidemia, os locais que compuseram as áreas geográficas com maior número de casos notificados foram: a América do Norte, que já tinha 10.805 casos notificados; a Europa Ocidental, com 1.251 casos notificados; a América Latina, que havia

notificado 326 casos; e a África Subsaariana, com 207 casos. Essas quatro regiões, até 1991, foram responsáveis por 97% do total de casos notificados. Nesse ano, a América do Norte já era responsável por 45%, a África Subsaariana por 30%, a Europa Ocidental por 13% e a América Latina por 9% do total. Entretanto, desde 1990, o número de novos casos de aids na África já era maior do que os casos da América do Norte.

Na primeira década da epidemia, os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostraram que o modo de transmissão entre homossexuais prevaleceu sobre outras vias de contágio no Canadá, na Europa e nos Estados Unidos. Mesmo se mantendo alto, após 1991 o contágio por via sexual começou a diminuir enquanto outras vias de transmissão aumentavam substancialmente, como por uso de drogas injetáveis e por via heterossexual. Entre as mulheres, a via de transmissão que prevalecia se dava majoritariamente por uso de drogas injetáveis e por via sexual heterossexual. Isso se repetia nas Américas Central e do Sul, em que se observou um aumento significativo das transmissões por via sexual heterossexual (Mann, Tarantola & Netter, 1993a).

Até 1992, somando crianças, 2,5 milhões de pessoas já haviam morrido por causa da aids. Estimava-se que 12,9 milhões de pessoas já haviam sido infectadas no mundo, destas aproximadamente 40% eram mulheres e 60% eram homens. A proporção entre os sexos no início da década de 1980 chegou a 99 homens para cada 10 mulheres. Essa proporção se modificou no decorrer dos anos, mas, ainda assim, sempre esteve maior para os homens (Mann, Tarantola & Netter, 1993a).

Os dados mundiais mostram que, do início da década de 1990 até meados de 1997 houve um aumento gradual nos índices de novas pessoas infectadas, chegando a aproximadamente três milhões. A partir de 1998, esse índice passa a decrescer de 3,1 a 2,6 milhões ao final da década de 2000. A África subsaariana se mantinha no topo das novas infecções. Estimou-se que 2,2 milhões de pessoas haviam se infectado em 2001. Já em 2005, essa região começa a apresentar decréscimo nas taxas de mortalidade por HIV. Isso se deve aos efeitos das terapias antirretrovirais, que, a partir de 2004, tiveram grande expansão mundial (UNAIDS, 2010).

Do início da década de 2000 até 2009, os dados mundiais mostram índices menos alarmantes. Houve diminuição de 19% no número de crianças infectadas. Além disso, dos 30 países mais afetados pelo HIV, sete têm mostrado decréscimo significativo na porcentagem de jovens grávidas soropositivas em acompanhamento pré-natal (UNAIDS, 2010; 2012a).

Ao final de 2011, os dados globais da epidemia mostraram que 34 milhões de pessoas estavam vivendo com o HIV no mundo. Estima-se que 0,8 % dos jovens e adultos com idade

entre 15 e 49 anos em todo o mundo vivem com HIV. A África Subsaariana continua sendo a mais afetada, com cerca de um em cada 20 adultos vivendo com HIV. Esta região é responsável por 69% das pessoas infectadas pelo HIV no mundo. Depois da África subsaariana, as regiões mais afetadas são o Caribe, a Europa Oriental e a Ásia Central, onde 1,0 % dos adultos estavam vivendo com o HIV em 2011 (UNAIDS, 2012a).

O número de novas infecções tem decaído desde meados do ano de 1998. Em 2011, o número de pessoas que foram contaminadas pelo HIV foi de 2,5 milhões. Isso significa que decaiu em 20% comparado a 2001. Desde então, as regiões que obtiveram as maiores quedas no número de novas infecções foram o Caribe e a África Subsaariana. Apesar desse decréscimo, a África subsaariana representa mais de 70% das crianças recém-infectadas em 2011. Além disso, ainda podemos observar nove países em que o número de contágios cresceu 25% desde 2001. Além das novas infecções, o número de pessoas que morreram por causas relacionadas ao HIV também começou a decair em meados dos anos 2000. Em 2011, foram contabilizadas 1,7 milhões de mortes, o que representa uma queda de 24% em relação a 2005 (UNAIDS, 2010; 2012a).

Os índices mundiais apontam que os usuários de drogas são um dos grupos populacionais mais afetados pelo HIV. Em quase todos os países que disponibilizaram seus dados, há maior prevalência da infecção por HIV para esse grupo do que entre o restante da população atingida. Em 2007, estimou-se que cerca de 16 milhões de pessoas usam drogas injetáveis no mundo. Dessas, grande parte tem menos de 25 anos e 3 milhões são soropositivas. Os dados apontam que, em 49 países, 80% dos usuários de drogas têm acesso a agulhas esterilizadas. Entretanto, as mulheres usuárias de drogas são altamente estigmatizadas e têm o acesso dificultado a programas governamentais de tratamento. Além disso, os testes sanguíneos para o HIV têm menor alcance para usuários de drogas, sendo esses os que menos aderem ao uso de preservativos, em comparação aos profissionais do sexo e aos homens que fazem sexo com homens (HSH) (UNAIDS, 2012a).

Atualmente, mais de 90% das crianças infectadas no mundo vivem na África subsaariana, embora os índices tenham decaído em 24% desde 2009. O número de novas infecções em crianças também declinou, possivelmente por duas razões: a diminuição do contágio entre adultos; e maior alcance das terapias antirretrovirais e serviços de prevenção infantil em classes de baixa e média renda (UNAIDS, 2012a).

Em relação ao sexo, em 2011, as mulheres apresentaram proporção de 50% em relação aos homens infectados no mundo. As mais afetadas estão na África Subsaariana, que reúne 59%

de todas as mulheres que vivem com o HIV. Na maior parte de países com epidemia generalizada, foi constatado que pouco menos de 50% das mulheres e homens têm idade entre 15 e 24 anos, são sexualmente ativos e têm conhecimento suficiente sobre o HIV. Entre as mulheres constatou-se que elas têm menor conhecimento sobre a eficácia dos preservativos na prevenção do que os homens (UNAIDS, 2012a).

Sob o viés de gênero os dados globais mostram que os homens fazem menos testes de HIV do que as mulheres, procuram menos serviços de saúde sexual e buscam menos informações sobre o HIV. Além disso, quando têm acesso ao tratamento, apresentam menos adesão. Esse conjunto de fatores torna-os mais vulneráveis refletindo na sua maior taxa de mortalidade (UNAIDS, 2012a).

Já as mulheres em período de gravidez possuem, através do acompanhamento pré-natal, acesso e maior possibilidade de adesão ao tratamento. Entretanto, os serviços ainda são insuficientes para essas mulheres e seus parceiros. Apenas 30% das mulheres grávidas em países de baixa e média renda receberam o tratamento adequado (UNAIDS, 2012a).

Em uma pesquisa participativa realizada pela UNAIDS - Joint United Nations Program on HIV/AIDS (2012a), as mulheres relataram falta de poder de decisão, de acesso aos recursos, medo da violência e do abandono dos seus parceiros. Quando contraem o HIV, são estigmatizadas por transgredirem normas sociais de gênero que pressupõem o controle da sua sexualidade. Por isso, são tratadas ainda como imorais. Entre os homens, as normas culturais de gênero influenciam ao impedirem que assumam sua enfermidade e busquem tratamento. Em 2011, apenas um terço dos países tiveram preservativo feminino nos programas de escala nacional (UNAIDS, 2012a).

Quanto à violência de gênero, em diversos países estudados, entre 5% e 69% das mulheres relataram ter sofrido algum tipo de violência de seus parceiros nos últimos 12 meses, sendo que a maioria delas reside em países africanos. Acredita-se que quanto maior o índice de violência, maior o número de contágios por HIV. As mulheres que vivem com HIV são alvos mais frequentes de abuso verbal e violência física do que os homens, além de relatarem mais pensamentos suicidas (UNAIDS, 2012a).

Ao se tratar de transgêneros e transexuais, a estimativa é de que 68% das pessoas transexuais estejam vivendo com HIV, e que 15 milhões estejam em risco de contrair o vírus. O fator mais preocupante que pode estar influenciando tais indicadores é o alto índice de violência e discriminação contra transgêneros. O preconceito impede seu acesso a informações e tratamento, além do baixo acesso a uma condição econômica favorável. Há países em que

44% dos transexuais utilizam o sexo como trabalho. Além disso, há baixo investimento em programas que incluam sua prevenção e tratamento (UNAIDS, 2012a).

Os índices mundiais são alarmantes quando se tratam de discriminação e violência. Em alguns países, mais de 50% das pessoas que vivem com HIV sofrem agressões verbais. Esses índices aumentam quando se tratam de públicos marginalizados, como HSH, transgêneros, usuários de drogas e profissionais do sexo (UNAIDS, 2012a).

### **2.3. A aids no Brasil**

No Brasil, sabe-se que, desde a década de 1970, casos similares aos que surgiram em 1981 já vinham chegando aos serviços de saúde (Daniel & Parker, 1991). Entretanto, não havia casos confirmados até 1983, quando nos EUA e na Europa já existia um quadro epidêmico (Parker, 1991). A mídia já noticiava a progressão da doença nos EUA desde 1982 e, de certo modo, já se esperava que ela chegasse ao Brasil a qualquer momento (Daniel, 1991c).

No início da década de 80, manchetes sobre a aids tomavam as primeiras páginas das revistas, alarmando sobre uma doença estrangeira, que afetaria homens gays de classe abastada (Daniel, 1991c; Paz, 2000). A imprensa reforçava o aparecimento de “tipos raros e mortais de pneumonia e câncer principalmente em homossexuais masculinos”, em especial aqueles “viciados em drogas” (Nascimento, 2005, p.86). Isso contribuiu para que circulasse a ideia de que a aids seria uma doença “do outro”. Estariam livres do perigo mulheres casadas, homens heterossexuais e homens ativos no ato sexual com outros homens (Paz, 2000).

Os primeiros casos que surgiram no país se tornaram públicos pela revista *Isto é* que, em junho de 1983, publicou a notícia de que dois homossexuais residentes em São Paulo haviam contraído a doença. Um deles tinha viajado para o exterior, o que explicava seu contágio, o outro nunca havia deixado o país, sinalizando que o vírus já tinha chegado por aqui. Nessa mesma reportagem, foi noticiada a morte do famoso costureiro Marcos Vinícius Resende Gonçalves. Markito, como era chamado, tinha 31 anos, era gay e fazia viagens frequentes à Nova Iorque, onde faleceu. Esse caso se assemelhava aos casos conhecidos do exterior, fazendo crer que os contágios que não fossem entre homens gays e de classe alta poderiam não ter sido notificados até então (Nascimento, 2005). Parker (1991) revelou que médicos e epidemiologistas, ao reverem as informações sobre os primeiros contágios, descobriram que, em 1982, já havia vítimas do HIV no país, cujas causas de morte constavam como desconhecidas (Parker, 1991).

Assim como nos EUA, os primeiros casos foram de homossexuais masculinos que haviam viajado para o exterior. A ideia de que o vírus tinha sido contraído em terras estrangeiras também circulava no país (Daniel & Parker, 1991). A morte de artistas como Markito, Cazuzza e Lauro Corona, entre outros, fez com que a aids fosse reconhecida como doença dos famosos. Além disso, esses artistas estavam de algum modo vinculados à homossexualidade. A imprensa brasileira influenciou diretamente na circulação dessa característica (Paz, 2000).

Os primeiros jovens homossexuais, assim como os famosos que se contagiaram, eram tidos como promíscuos (Daniel & Parker, 1991). Vários tipos de argumentos surgiam em torno do contágio “exclusivo” dos homossexuais. O alto risco, muitas vezes, era relacionado ao fato dos homossexuais praticarem sexo anal. Alguns médicos relatavam que o organismo do homem oferecia baixa resistência imunológica para receber o esperma. Já as mulheres não corriam esse risco, pois seus corpos estariam naturalmente preparados (Nascimento, 2005). Essa forma de pensar eliminava a possibilidade das mulheres praticarem sexo anal, ou outras formas eróticas. Tornava-se evidente o quanto o sexo apenas para fins reprodutivos guiava as práticas e teorias médicas. Dificilmente os numerosos casos que estavam para surgir se conformariam nesse quadro pouco abrangente.

Segundo Daniel e Parker (1991), junto da doença emergiam e se reafirmavam preconceitos e crenças populares que revelavam normas sexuais rígidas. Parker (1991) revelava que, na sociedade brasileira, não existiam as configurações clássicas da homossexualidade forjadas entre europeus e americanos. Para o autor, “a estrutura da vida sexual brasileira tem sido tradicionalmente concebida nos termos de um modelo centrado na relação entre práticas e papéis do gênero, ou seja, na polaridade entre *atividade* masculina e a *passividade* feminina” (p. 62). Durante o ato sexual, a “passividade” concernia a quem iria ser penetrado tanto por via anal quanto vaginal, ao contrário da “atividade”, que seria praticada por quem penetra. Assim, no sexo entre pessoas do sexo masculino, ser ativo implicava em ser homem; por contraste, ser passivo implicava em ser “bicha” ou “veado”, entre outras denominações (Simões & Facchini, 2009; Parker, 1991). Para Simões e Facchini (2009), o modelo médico desarticulou progressivamente a relação entre orientação sexual e gênero. Se, num primeiro momento, considerava homossexuais apenas os passivos, posteriormente adotou uma configuração mais homogênea e massificante dos diferentes tipos de práticas sexuais, aproximando-as de uma condição patológica.

Ao final dos anos de 1960 e ao longo dos anos de 1970, já se formavam configurações de uma identidade homossexual, o que parecia ser o início de uma comunidade, ou ainda uma

organização gay no país (Simões & Facchini, 2009; Parker, 1991). O primeiro grupo a tomar a homossexualidade como uma questão política foi o “Somos”, em São Paulo, no ano de 1978, durante a ditadura. Esse grupo teve importante participação na luta contra a aids nos anos posteriores (Simões & Facchini, 2009).

O espaço que a homossexualidade ganhava, ainda que incipiente, trazia em si uma série de significados, impulsionados pela revolução sexual da década de 1960, como o questionamento dos paradigmas vigentes sobre a sexualidade, sobre a heterossexualidade como norma e sobre o sexo com fins exclusivamente reprodutivos. Isso representava uma ameaça aos modelos tradicionais nos quais a cultura brasileira se apoiava. Segundo Simões e Facchini (2009), no Brasil, assim como em outras partes do mundo, houve um aumento nas tentativas de se oprimir a homossexualidade a partir do advento da aids.

A “promiscuidade sexual”, amplamente divulgada como característica dos grupos de risco, se relacionava ao sexo fora dos ditames do casamento. O imaginário da promiscuidade foi rapidamente associado à doença dos marginalizados, constituindo a então “peste gay”. A configuração inicial da doença, que se acreditava atingir apenas jovens gays de classe alta, fez com que não houvesse grandes ações por parte da saúde pública no país. Entretanto, os índices de novas infecções mostravam que os homossexuais constituíam menos da metade dos infectados. Crescia o número de casos entre bissexuais e heterossexuais, assim como entre pessoas que entravam em contato com sangue contaminado. Um novo público também começava a ser atingido: prostitutas, prisioneiros, travestis, entre outros tão marginalizados e ameaçadores quanto os homossexuais. A ameaça que esse grupo representava não era apenas por causa da aids, antes dela havia a ameaça social. O controle que estava por vir através da epidemia representava, antes de tudo, um controle moral. Isso se refletia, por exemplo, na divulgação das informações sobre a doença, que enfocavam aspectos mórbidos e inelutáveis: a nova doença era contagiosa, aparentemente incurável e fatal (Daniel & Parker, 1991). Esses três aspectos acompanharam o significado que a aids tinha, confirmado na morte certa, no contágio por via sexual e no medo.

A nova doença, como outras, trazia em seu bojo noções de limpeza/sujeira, moralidade/imoralidade, pureza/impureza. É interessante notar que estas noções tornaram a aids uma espécie de “entidade mórbida”, que poderia ultrapassar vorazmente seus limites (Daniel & Parker, 1991).

O tipo de contaminação propiciada pela aids também foi associada à ideia de castigo divino daqueles que agiam fora da moral sexual proposta por algumas religiões (Sontag, 1989).

Portanto, os grupos de risco se encontravam nessa categoria e, por isso, aos olhos da sociedade, mereciam ser punidos. Esses elementos remetiam à limpeza social daqueles que infringiam a moral cristã. A exemplo disso, tivemos o infeliz depoimento do cardeal-arcebispo do Rio de Janeiro, D. Eugenio Sales, no jornal “O Globo”, em 1985. Nesse depoimento, ele dizia que “(...) Os flagelos sociais servem de instrumento para despertar a consciência, explorar a imoralidade reinante, fazer o homem retornar aos caminhos de Deus”<sup>3</sup> (Daniel, 1991a). Ele declarava também os três males aos quais a aids estava relacionada: o homossexualismo, a promiscuidade e a liberdade sexual. Nessa perspectiva, esses tipos de “pecadores” estariam sendo punidos justamente (Daniel, 1991b).

Assim, a partir dessas construções, a aids, enquanto entidade moral punitiva adquire uma imagem quase perversa. O contágio se tornava tão moral quanto fisiológico, fazendo com que o doente fosse visto e tratado como um ser à parte, discriminado do restante da população. Desse modo, a afronta aos direitos humanos básicos era constantemente vivenciada por aqueles que contraíram o HIV: serviços de saúde eram negados e eram comuns relatos de rejeição por parte da família, vizinhos e amigos (Daniel & Parker, 1991).

Em 1983, a aids já havia sido identificada como causa de nove mortes. No ano seguinte esse número cresceu para 20, a maioria dos casos entre homossexuais. Em 1985, tinha-se, pelo menos, um novo caso de contágio registrado por dia. A maior parte deles se encontrava no estado de São Paulo, o restante no Rio de Janeiro e havia, pelo menos, um caso registrado em cada estado do país. Nesse ano, os casos de aids começaram a se aproximar cada vez mais do “cidadão comum”, e já somavam 462 casos, com 224 mortes. O país ficou em quarto lugar entre aqueles que tinham maior número de infectados. No ano seguinte, esses números praticamente duplicaram (Parker, 1991).

Nesse momento, surgem os primeiros casos entre hemofílicos, o que fez começar a ruir o conceito de “grupos de risco” criado pela epidemiologia. Duas constatações vêm à tona: o estado pouco adequado em que se encontravam os bancos de sangue, e o fato de que a população em geral estava vulnerável. A partir disso, houve uma grande mobilização social para que se melhorassem as condições dos bancos de sangue. Entretanto, tal mobilização não incluía em seu cerne a discussão sobre a contaminação de pessoas heterossexuais. Assim, o governo efetivou uma mudança somente em 1988, após a morte do cartunista Henfil, tornando o teste anti-HIV obrigatório nos centros de hemoterapia (Nascimento, 2005).

---

<sup>3</sup> Texto “O Mal e a covardia dos Bons”, publicado no jornal “O Globo”, 27 de julho de 1985, citado por Daniel (1991a, p. 91).

A demora da resposta governamental à doença, junto da série de mitos que se fortaleciam sobre a mesma, fez com que a população exigisse cada vez mais um posicionamento do governo (Paz, 2000). A partir disso, grupos sociais que já vinham se formando concretizavam uma luta incessante contra a aids e contra a apatia do governo.

O atraso na criação de um programa governamental de prevenção e controle da aids foi justificado em 1985, pelo então Ministro da Saúde Carlos Santana, como uma questão não prioritária no País. Para ele, outras doenças tinham índices maiores de prevalência e muitos não tinham possibilidade de se infectarem por não fazerem parte dos grupos de risco (Nascimento, 2005). Com o número crescente de casos, os registros se tornaram obrigatórios (Paz, 2000). Assim, em 1986, o governo fez com que a aids integrasse o sistema de notificação compulsória. Com isso, os dados passaram a ser divulgados em boletins nos órgãos de saúde dos estados e municípios (Nascimento, 2005).

Houve também uma aproximação entre ativistas do movimento homossexual e as autoridades médicas. A primeira ONG das chamadas ONGs/Aids, especializadas na luta contra o HIV, foi o “Grupo de Apoio e Prevenção à Aids” – “GAPA”, criado em 1985 na cidade de São Paulo. Esse grupo surgiu conjuntamente com o primeiro programa estadual de São Paulo, dirigido por um médico defensor dos direitos das pessoas infectadas (Simões & Facchini, 2009). Desde que se formou, o GAPA cresceu rapidamente, pois reunia voluntários, ativistas políticos e de movimentos homossexuais (Daniel & Parker, 1991). O GAPA possui hoje ramificações espalhadas pelo país, atendimento psicossocial aos portadores do HIV e um sistema de informações de fácil acesso (Paz, 2000). Posteriormente, surgiram outros grupos, como a “Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids” – “ABIA”, o “Grupo Pela Vida” – “Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids” e o “Grupo de Incentivo à Vida” – “GIV”, os dois últimos formados por soropositivos (Simões & Facchini, 2009). Havia também a formação de grupos religiosos, alguns com líderes estrangeiros, os quais traziam novas e úteis informações sobre a doença. Esses também foram importantes no esclarecimento em relação à enfermidade e no desenvolvimento de ações de solidariedade aos infectados e seus familiares (Daniel & Parker, 1991). Outros estados do País concretizaram também programas direcionados à prevenção e ao controle da aids. Finalmente, em 1985, foi criado o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. Entretanto, o Programa foi efetivamente implantado apenas em 1988<sup>4</sup> (Paz, 2000; Marques, 2003; Simões & Facchini, 2009).

---

<sup>4</sup> Para conhecer mais sobre a criação desse programa ver a obra de Marques (2000).

As ONGs que surgiam nesse momento foram compostas, na maior parte das vezes, por iniciativa das pessoas que haviam se infectado. Estas reivindicavam por direitos, acesso e divulgação correta de informações, acesso à saúde e denúncia da discriminação que sofriam continuamente (Nascimento, 2005). Nessa luta contra a discriminação, alguns grupos se uniram, e, a partir de 1990, houve a aproximação entre ONGs/Aids e grupos homossexuais (Simões & Facchini, 2009).

Os confrontos entre ONGs e o Estado já vinham sendo travados desde 1986, principalmente porque ainda não se tinha criado uma política para a emergência da aids até então (Nascimento, 2005). Os anos seguintes, de 1990 a 1992, também foram marcados por confrontos entre a gestão do Programa Nacional, recentemente criado, e ONGs/Aids (Simões & Facchini, 2009). Um dos principais motivos para esse confronto foram as campanhas criadas pelo governo, que se mostravam “agressivas, pouco esclarecedoras sobre a doença e contribuíam para uma atitude discriminatória em relação ao doente” (Nascimento, 2005, p. 148).

Em 1987, tinha sido lançada a primeira campanha com o lema: “Aids, você precisa saber evitar”. As peças publicitárias dessa campanha foram veiculadas na televisão por artistas e profissionais da saúde, e tinham dizeres como “A Aids mata!”, “Quem vê cara não vê aids”, que reafirmavam a ideia do perigo e da morte certa (Marques, 2003; Nascimento, 2005). Essa campanha já destacava a importância do uso da camisinha e da redução de parceiros, além de fornecer exemplos de casos ocorridos em diversos setores da população, inclusive entre crianças (Marques, 2003). O Ministério da Saúde adotava a prevenção como forte eixo nas campanhas e colocava um cunho didático ao tentar ensinar a população a usar o preservativo (Morais & Amorim, 2011).

Anteriormente, em 1985, o GAPA já tinha lançado o cartaz: “Transe numa boa”, o qual incentivava o sexo seguro com uma linguagem acessível à população. A distribuição do cartaz quase chegou a ser proibida, pois tratava abertamente do sexo seguro e de contatos corporais pelos quais o vírus não poderia ser transmitido, como o beijo. Isso era inédito na história do País, principalmente após o longo período de repressão ditatorial, em que a censura imperava (Marques, 2003).

Outro tipo de campanha também foi lançado no decorrer dos anos 1980. Entre os anos de 1982 e 1988<sup>5</sup>, os casos de contaminação por transfusão de sangue tornaram-se preocupantes,

---

<sup>5</sup>Após o Dia Mundial da Luta contra a Aids ter sido instituído em 1988, no Brasil são divulgadas “informações atualizadas sobre a prevenção da aids e a assistência aos doentes”, estimulando o comprometimento da população

sendo a notificação uma ação fundamental por parte dos órgãos de saúde (Morais & Amorim, 2011). Os casos crescentes entre hemofílicos começaram a circular publicamente após 1985, fazendo com que as doações de sangue diminuíssem drasticamente. A partir disso, a campanha nacional, ainda com o mesmo lema, lançou cartazes com a questão da transfusão de sangue. Um dos cartazes trazia as frases “Doar é um ato de amor. Doe sangue. Doar sangue não dá aids”, na tentativa de esclarecer que o contágio não se dava através da doação. Cartazes desse tipo carregavam as ideias de solidariedade e amor (Nascimento, 2005).

Entretanto, a ideia de solidariedade foi abandonada no governo Collor, quando foi lançada a nova campanha com o selo: “Se você não se cuidar, a aids vai te pegar”, que claramente apelava para o medo. As campanhas veiculadas durante o governo Collor (1990-1992) difundiam as ideias de prevenção atreladas ao medo do contágio, o que eliminava as esperanças após a infecção (Marques, 2003). Alguns anúncios reiteravam ainda mais a incurabilidade e fatalidade da doença. Com isso, as ONGs/aids travaram uma luta incessante contra esse quadro de campanhas discriminatórias e conseguiram lançar, em 1991, um cartaz que privilegiava a camisinha como modo de cuidado e prevenção. A partir de 1992, com a troca política dos ministros da saúde, que sempre definiam a direção das campanhas, o governo federal começou a investir em alta produção de materiais que pudessem informar, educar e comunicar de modo eficaz. Um novo direcionamento também ficou marcado: os cartazes passaram a ser direcionados a públicos específicos, como usuários de drogas, jovens e adolescentes (Nascimento, 2005).

Durante o governo do presidente Collor, foi aprovada a distribuição gratuita de medicamentos como o AZT, garantida pela Lei N.º 9.313/96, para serem distribuídos apenas às pessoas soropositivas (Paz, 2000). O governo Collor é caracterizado como de ações contraditórias em relação ao combate à aids. Apesar dessa aprovação, o presidente negou a testagem de vacinas anti-HIV no País, proposta pela Organização Mundial de Saúde. Isso abalou as relações do país com os organismos e investidores internacionais no combate à aids (Marques, 2003).

Após Fernando Collor ter deixado a presidência, em 1992, novas diretrizes na luta contra a aids foram adotadas. Esse momento foi marcado por uma reestruturação no Programa Nacional. A partir de 1993, houve o investimento na rearticulação entre as ONGs e o governo, além da retomada das relações com o Banco Mundial, anteriormente abaladas (Marques, 2003).

---

(Nascimento, 2005, p. 160). Além dessa data, todos os anos, durante o carnaval, é lançada uma nova campanha. (Paz, 2000).

As ONGs tiveram papel essencial na construção de novos significados para a aids, na criação de políticas efetivas de combate, na luta contra o preconceito e por direitos trabalhistas. Um exemplo entre as importantes iniciativas das ONGs foi a criação do Disque-Aids, do grupo Pela Vida, que tinha como objetivo esclarecer dúvidas sobre a doença (Nascimento, 2005).

Em 1994, já se tinha testes, medicamentos, novas descobertas sobre o vírus da aids, além de um avanço na lutas das ONGs. Esse contexto favoreceu o investimento em políticas de conteúdo menos fatalistas e mais otimistas do que os anos anteriores. A partir daí, estimulava-se a autoestima da população na prevenção. O lema “Quem se ama se cuida”, da campanha de 1994/95, foi um dos que marcaram o início da mudança na abordagem dos temas das campanhas (Morais & Amorim, 2011).

Em 1995, as mulheres apareciam pela primeira vez em cartazes, pois as estatísticas já apontavam o significativo crescimento do contágio entre elas, inclusive entre as casadas. Algumas ONGs/Aids também produziram cartazes para o público feminino, com mais ênfase em questões tão importantes quanto polêmicas, como a fidelidade. Segundo esses cartazes, a mulher não deveria confiar nos votos de fidelidade, mas na proteção que o preservativo lhe proporcionaria. Esse tema não era tratado nas campanhas oficiais, pela multiplicidade de interesses que deveriam ser atendidos antes do lançamento das campanhas (Nascimento, 2005).

A partir do momento em que a doença começou a atingir novos grupos, percebia-se que a aids não era exclusiva de nenhum deles. Assim, as campanhas lançavam cada vez mais cartazes direcionados sem que levantassem questões como a confiança nos parceiros sexuais em detrimento do uso do preservativo (Nascimento, 2005).

Em 1997, percebe-se “avanços e retrocessos na transmissão de informações claras e menos impregnadas de preconceitos” (Nascimento, 2005, p. 160), com a campanha “Assim pega, assim não pega”. Segundo a autora, após essa campanha, passou-se a utilizar a termo “sexo seguro” nos cartazes e slogans. Apesar de técnico, o termo começou ser incorporado no cotidiano do público.

Entre 1995 e 1998, diferentemente dos lemas anteriores, os slogans “Viva com prazer, viva o sexo seguro” levavam a ideia do sexo seguro atrelado ao prazer. Manteve-se a valorização da autoestima, atrelando-a ao diálogo e à descontração nas campanhas do Ministério da Saúde (Morais & Amorim, 2011). Segundo esses autores, “os slogans ‘Use sempre camisinha, viver sem AIDS só depende de você’ (1999) e ‘Converse com quem você ama. A prevenção começa pelo diálogo’ (1999) são exemplos emblemáticos” (p. 106).

No ano 2000, as campanhas tinham slogans como “Não importa de que lado você está. Use camisinha”, que diziam respeito ao público cada vez mais abrangente que se pretendia atingir. Começava-se a incluir públicos ainda invisibilizados nas campanhas. Nos anos seguintes, foram abordadas questões como o respeito à diferença, à orientação e às escolhas sexuais. Buscava-se, com isso, mostrar que o uso da camisinha deveria ocorrer em qualquer relação sexual (Morais & Amorim, 2011).

Nas campanhas no início do século XXI, continua-se a veicular aspectos como “doença incurável, sexo, prazer e precaução” (Morais & Amorim, 2011, p. 109). O sexo, antes ligado diretamente à morte, passa hoje a ser associado ao prazer e à responsabilidade, não mais à culpa. Nesse sentido, a responsabilidade é necessariamente o uso do preservativo (Morais & Amorim, 2011). Nos anos recentes, a especialização do público a ser atingido pelas campanhas é cada vez mais evidente: mulheres negras, senhoras, homens jovens, homens que fazem sexo com homens, travestis. Entretanto, segundo Paz (2000), as imagens divulgadas podem representar um estereótipo dos principais atingidos pela aids segundo os dados nacionais.

Atualmente, políticas que privilegiam o tratamento e o diagnóstico precoces estão em vias de implantação no Brasil. O tratamento precoce<sup>6</sup> tem sido utilizado apenas na França e nos EUA. Isso deverá conter o avanço do vírus principalmente entre homens jovens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, transgêneros e usuários de drogas injetáveis (UNAIDS, 2013).

Na sessão seguinte serão expostos os índices de prevalência e um breve perfil da doença no país.

#### **2.4. Aids no Brasil em números**

Atualmente, os dados disponíveis sobre a aids no Brasil<sup>7</sup> são obtidos a partir dos seguintes sistemas: 1) Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), pela notificação e investigação de casos de doenças com notificação compulsória; 2) Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), que avalia e indica tratamento e monitoramento de pacientes

---

<sup>6</sup>O tratamento passará a ser disponibilizado independentemente do estágio da doença, evitando que o paciente o inicie tardiamente. Anteriormente, havia a contagem das células de defesa dos pacientes para depois se disponibilizar a medicação. A ideia é que isso não seja mais critério para que o tratamento se inicie (UNAIDS, 2013).

<sup>7</sup>Todos os dados estão disponíveis na internet, por exemplo, no endereço [http://www2.aids.gov.br/final/dados/dados\\_aids.asp](http://www2.aids.gov.br/final/dados/dados_aids.asp), e podem ser pesquisados segundo a variável de interesse: ano do óbito, sexo, raça/cor, idade, entre outras.

em terapia antirretroviral, a partir de dados laboratoriais e contagem de células de defesa ao HIV; 3) Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que contém índices de óbito, a causa, data, local e município de ocorrência, assim como informações sobre os indivíduos que faleceram; 4) Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais (SICLOM), criado para gerenciar os medicamentos antirretrovirais em níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 2012b).

No país, entre 1980 e 2011, foram mais de 600 mil casos notificados de contágios por aids. Desses, 398 mil (65,4%) eram do sexo masculino e 210 mil (34,6%) do sexo feminino (Brasil, 2012a). As estimativas, que contam não apenas com os casos notificados, apontam que, em 2012, existiam 718 mil pessoas vivendo com aids no País (Brasil, 2013). Em 2012, foram notificados 39.185 novos casos de aids no Brasil, com uma média de 36 mil novos casos por ano.

Em 30 anos de epidemia, a aids se estabilizou. Entre 1998 e 2010, houve uma redução de 49,1% no número absoluto de casos e uma redução de 40,7% na taxa de incidência. Entretanto, ela ainda tem atingido de forma preocupante grupos considerados vulneráveis: usuários de drogas, representando 5,9% do total de infectados, HSH, 10,5%; e profissionais do sexo, 4,9% (Brasil, 2012a; UNAIDS, 2012b; Brasil, 2013). Ao observarmos as taxas de detecção<sup>8</sup> percebemos que

A taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. A maior taxa de detecção foi observada na Região Sul, 30,9/100.000 habitantes, seguida pela Região Norte (21,0), Região Sudeste (20,1), Região Centro-Oeste (19,5), e Região Nordeste (14,8) (Brasil, 2012a, p.5)

Nos últimos 10 anos, a taxa de detecção aumentou em 2%. Ao ressaltarmos as regiões, no Sudeste, entre 1998 e 2010, houve diminuição de 30,9% nos novos contágios. Na região Sul, também nota-se uma diminuição de 0,3% entre os anos de 2003 e 2012. Nesse mesmo período, observa-se um aumento nas outras regiões, de 92,7% na Região Norte, 62,6% na Nordeste e 6,0% na Centro-Oeste. Ainda que decrescentes, as taxas de incidência são maiores na Região Sudeste, com 56,4% de todo o país; logo após, o Sul com 20,2%; o Nordeste com 12,9 %; o Centro-Oeste com 5,8%; e, por último, a Região Norte com 4,7% do total (Brasil, 2013; Brasil, 2012a; UNAIDS, 2012b).

---

<sup>8</sup> Número de casos novos a cada 100.000 habitantes em determinado espaço geográfico no ano considerado.

Minas Gerais está entre os três estados que apresentam grande diminuição na taxa de incidência no país durante o período de 2003 a 2012: “-25,5% no estado de São Paulo, seguido do Distrito Federal com -19,3%, e Minas Gerais -13,4%” (Brasil, 2013, p. 15).

Em relação à idade dos infectados, a taxa de detecção de casos de aids em menores de cinco anos mostrou uma proporção de “3,4/100.000 habitantes em 2012, o que corresponde a uma redução de 35,8% em relação a 2003. Na faixa de 5 a 9 anos, a taxa foi de 0,7/100.000 (71% de redução em relação a 2003), e na faixa de 10 a 14 anos foi de 0,9/100.000” (Brasil, 2013 p. 6).

Em 2010, o grupo etário de 35 a 39 anos apresentou a maior taxa de detecção no país (38,1 casos/100.000 hab.). Entre 1998 e 2010, um aumento de casos de aids pode ser observado nas faixas de 5 a 12 anos de idade, 50 a 59 anos, e 60 anos ou mais. Entre a população com idade entre 15 e 49 anos as taxas de prevalência têm se mantido estáveis desde 2004 tanto entre homens quanto entre mulheres. A proporção entre os sexos, que chegou a ser de 40 homens para 1 mulher em 1983, em 2010 foi de 1,7 homens para 1 mulher. Houve apenas um período, entre os anos de 2000 e 2004, em que as mulheres da faixa de 20 a 24 anos foram mais afetadas (Brasil, 2010a). Nos últimos 10 anos, os homens foram mais atingidos do que as mulheres. Observa-se um aumento de 67,8% na taxa de detecção para homens jovens e uma redução de 12,2% entre as mulheres jovens (Brasil, 2010a; 2013, UNAIDS, 2012b).

No geral, os casos de aids têm “migrado” para indivíduos mais jovens, tanto entre homens quanto mulheres. Percebe-se aumento da taxa de prevalência do HIV entre homens de 17 a 21 anos, principalmente entre aqueles que fazem sexo com homens. De 2003 a 2012 as maiores taxas de detecção foram observadas em pessoas de 30 a 49 anos, embora se observe uma queda na taxa daqueles com 30 a 39 anos e uma estabilização entre os que possuem 40 a 49 anos. Nota-se também o aumento nas taxas de detecção da doença entre os jovens de 15 a 24 anos e entre os adultos com 50 anos ou mais (Brasil, 2013).

Ao se tratar de mulheres grávidas, percebe-se que a taxa de prevalência de todas as mulheres grávidas é semelhante à de mulheres em geral, sendo maior nas idades de 20 a 29 anos, com 51,4% do total, majoritariamente em dois níveis de educação, ensino médio incompleto, 26,9%, e ensino médio completo, 12,8%. Dessas mulheres, mais de 40% se autodeclararam da cor branca e mais de 36% da cor parda. Entre parturientes de 15 a 24 anos, os índices de prevalência se mantiveram estáveis entre 2004 e 2006. Entre crianças menores de cinco anos, de 1980 a junho de 2011, foram 14.127 casos de aids notificados. Nesse público, observa-se uma queda de 35,8% dos casos nos últimos 10 anos. Dos 15.775 casos de crianças

com idade inferior a 13 anos, notificados entre 1980 e junho de 2011, 85,8% foram infectados pela mãe (UNAIDS, 2012b).

Nos casos acima de 13 anos, 16.464 casos masculinos de aids foram notificados em 2012. Destes, 52,7% tiveram transmissão por via sexual entre heterossexual; 32,0% por via sexual entre homossexuais; 9,4% por via sexual entre bissexuais; 5,2% por uso de drogas injetáveis; 0,7% por transmissão de mãe para filho; e 18,3 % foram por causas desconhecidas. Com relação aos 8.622 casos do sexo feminino em 2012, 91,2% possuem a informação da categoria de exposição: 96,6% tiveram transmissão por via heterossexual; 2,5% por uso de drogas injetáveis; 0,8% por transmissão de mãe para filho, ou transmissão vertical; e em 7,8% dos contágios a causa é desconhecida. De 2002 a 2013, observa-se um aumento de cerca de 22% nos casos em HSH (considerados homossexuais e bissexuais pelo Ministério da Saúde), e, em contrapartida, uma redução de 3% em heterossexuais. Considerada como uma população de difícil acesso e de maior vulnerabilidade na epidemia do HIV, os homens que fazem sexo com homens apresentaram, nos anos de 2009 e 2010, uma taxa de prevalência de 10,5%. Entre os homens jovens deste grupo, a taxa de prevalência duplicou entre 2002 e 2007 (Brasil, 2010b; 2013).

De modo geral, alguns fenômenos em relação à aids merecem ser considerados a partir de 1990 no Brasil. O perfil epidemiológico adquiriu as seguintes características: heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia (Barbosa, 2003; Reis, Czeresnia, Barcellos & Tassinari, 2008). Neste período, houve o aumento gradativo das notificações em cidades de médio e pequeno porte, e em regiões com altos índices de pobreza. Isso ficou conhecido como o processo de interiorização e pauperização da aids (Barbosa, 2003; Reis et. al, 2008). Esses processos foram investigados por Szwarcwald, Bastos, Esteves, e Andrade (2000), que chegaram à conclusão de que à medida que a aids atingia esses municípios evidenciava-se uma tendência de atingir de igual modo todos as áreas geográficas do país.

Em relação à feminilização, percebe-se que a diminuição da razão entre os sexos revela o aumento substancial da epidemia entre as mulheres. A razão se tornou cada vez menor em municípios de médio a pequeno porte (Szwarcwald et al., 2000). Além disso, em meados da década de 2000 percebeu-se que o número de mulheres infectadas praticamente triplicou em dez anos. Destas, 52% estavam entre aquelas que não tinham nenhuma escolaridade e aquelas que não concluíram o ensino fundamental (Brasil, 2010a). Esses dados revelaram que as mulheres pouco escolarizadas, em populações de baixa renda, residentes de cidades interioranas começaram a ser particularmente atingidas.

A partir da década de 90, os maiores índices de casos notificados se situaram entre pessoas na faixa de 20 a 49 anos (Brasil, 2010a; 2013; UNAIDS, 2010). Nessa faixa, entre 20 e 29 anos, os dados apontam um foco contido da epidemia, mas ainda não diminuído ou extinto, somando 8.738 casos desde 1998 (Brasil, 2010b; 2013). Entre aqueles que possuem 20 a 24 anos os índices mostram aumento gradativo a cada ano, apontando 3.353 casos em 2012, sendo 1.125 mulheres e 2.227 homens. Em 1997, com a distribuição gratuita de antirretrovirais de alta potência pelo Ministério da Saúde, as taxas de mortalidade reduziram em 50%, aumentando, assim, a sobrevivência de pessoas soropositivas (Barbosa, 2003; Reis et. al, 2008).

Além disso, os dados de casos notificados para indivíduos com 13 anos de idade ou mais indicam a predominância da transmissão por via sexual, uma vez que esta é a categoria de exposição para 70,1% dos casos (Brasil, 2012b). Segundo os dados nacionais, nos últimos anos, houve queda no uso de preservativos, principalmente entre jovens, ainda que esse grupo apresente maior uso do que outras faixas de idade. (Brasil, 2012b; Brasil, 2013)

Esses dados revelam o chamado fenômeno da juvenilização da epidemia. Nos primeiros anos da epidemia, como vimos, a população mais atingida era predominantemente adulta. Contudo, atualmente percebe-se que a aids tem atingido públicos cada vez mais jovens por via sexual. Nesse contexto, muitos trabalhos sobre aids têm focado a questão da juventude. Percebe-se que homens com idade entre 15 e 24 anos, que fazem sexo com homens, e usuários de drogas injetáveis são considerados mais expostos aos riscos de contaminação. Entretanto, entre usuários de drogas, desde a implementação da política de redução de danos, percebeu-se uma queda significativa nas taxas de novas infecções (Barbosa Júnior, Szwarcwald, Pascom & Souza Júnior, 2009; Bassols, Boni & Pechansky, 2010).

Entre as pesquisas realizadas sobre jovens e os riscos de infecção, as mais frequentes estudam o público de idade entre 11 e 24 anos. Os temas mais tratados para esse público são a contracepção, vinculada à gravidez indesejada, e doenças sexualmente transmissíveis e aids (Dias, Silva, Vieira, Pinheiro & Maia, 2010; Koerich, Baggio, Backes, Backes, Carvalho, Meirelles & Erdman, 2010).

Na perspectiva de gênero, entre públicos de baixa escolaridade e que utilizam os serviços públicos de saúde, percebe-se a pouca ou nenhuma negociação para o uso do preservativo entre mulheres e homens (Sampaio, Santos, Callou, & Souza, 2011). Observa-se também que os serviços de saúde são majoritariamente buscados pelas mulheres e raramente procurados pelos homens em relação à saúde sexual. Além disso, a gravidez é pouco associada com a paternidade, fazendo com que essa seja uma responsabilidade praticamente feminina

(Sampaio et al., 2011; Bellenzani, Santos & Paiva, 2012). Isso pode implicar diretamente nas práticas de prevenção, pois as responsabilidades pela prevenção da aids e DSTs e pela contracepção recaem frequentemente sobre a mulher

Uma pesquisa realizada com meninas que fizeram o teste de HIV revelou que a maioria delas eram de baixa renda e baixa escolaridade. A procura pelo teste se deu em grande parte por causa do sexo desprotegido. A soropositividade estava associada com alguns fatores considerados de risco: iniciação sexual antes de 12 anos, histórico de gravidez, ter abortado e prostituição (Bassols, Boni & Pechansky, 2010). Essas características associadas à pobreza têm como consequências a baixa autonomia e o baixo poder decisório na própria prevenção.

Entre os estudos que incluíram adolescentes e jovens em idade escolar, alguns enfocam a informação e os conhecimentos sobre a aids e outras DSTs que os jovens possuem. Além disso, investigam quais formas de transmissão e prevenção dessas doenças os jovens conhecem e quais utilizam. Muitas vezes, encontramos, nesses estudos, sugestões de soluções que enfatizam a educação e assimilação de informações por parte dos jovens (Coelho, Souto, Soares, Lacerda & Matão, 2011). Entretanto, entende-se que esta perspectiva seria pouco maleável quanto ao entendimento das particularidades grupais e culturais dos jovens estudados.

Entre 1991 e 2008, como vimos, houve um aumento nos casos de aids entre o público de 13 a 24 anos. Segundo Bellenzani e colaboradores (2012), para os homens dessa faixa etária “a principal forma de transmissão é a homossexual, o que nos incita a refletir sobre o preparo dos profissionais de saúde para acolher rapazes que fazem sexo com rapazes e respeitar seus direitos sexuais e à saúde integral” (p.639). Esse aumento ocorre mesmo com a constatação de que os homens têm utilizado, no decorrer dos anos, com maior frequência o preservativo nas primeiras relações (Paiva, Calazans, Venturi & Dias 2008; Bellenzani et al., 2012). Isso ocorre principalmente na idade entre 15 e 24 anos, idade em que se constatou a utilização do preservativo não só nas primeiras relações, mas em qualquer outra relação sexual (Bellenzani et al., 2012).

Existe uma questão que pode estar influenciando nas práticas sexuais da população em geral e principalmente da juventude que não vivenciou o mundo sem a aids. Segundo Guerra e Seidl (2010), a história da doença sofreu uma grande transformação a partir da distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais. Milhares de pessoas soropositivas receberam esse tratamento até 2008, diminuindo significativamente as taxas de mortalidade desse público. A aids, por sua vez, tem se transformado em uma doença crônica, não tão devastadora quanto no início da epidemia.

Algumas pesquisas têm revelado as experiências compartilhadas por jovens soropositivos de até 24 anos. Dentre elas, alguns conflitos envolvem o modo como os jovens estudados têm lidado com a adesão ao tratamento, com o preconceito em suas relações sociais e como têm adquirido autonomia diante das adversidades (Guerra & Seidl 2010; Oliveira, Negra & Nogueira-Martins, 2012). Estas questões parecem ser pouco vislumbradas entre os jovens que se consideram imunes à contaminação.

Ao vislumbrar o nível de escolaridade da população atingida, entre os anos de 1980 a 2000, 31,8% daqueles que informaram seu grau de instrução possuem ensino incompleto de 5ª a 8ª série, 31,3% cursaram entre 1ª a 4ª série incompleta, 20% possuem ensino médio incompleto e 11,4% ensino superior completo. Esse perfil é observado em ambos os sexos com algumas particularidades (Brasil 2013).

Em relação às mulheres, o maior número de casos está entre aquelas que cursaram entre a 1ª e a 4ª série incompleta, com 36,6% do total de contágios; entre as que cursaram o ensino superior tem-se 5,6% da taxa de prevalência. Entre os homens atingidos, aqueles que cursaram entre 5ª e 8ª série incompleta tiveram o índice de 31,1% do total de infectados e aqueles que cursaram o ensino superior apresentaram o índice de 13,5% do total (Brasil 2013).

No ano de 2012, são observadas algumas mudanças. Para as mulheres, o maior índice, segundo escolaridade, esteve entre aquelas com ensino incompleto de 5ª a 8ª série, com 27,8% do total, seguidas daquelas que cursaram o ensino médio completo. As mulheres que cursaram o ensino superior têm 3,6% da taxa de prevalência. Entre os homens, esses índices mostraram-se maiores para aqueles que cursaram o ensino médio completo, com 22,6% do total de casos, e entre aqueles que cursaram da 5ª à 8ª série incompleta, com 20,7% do total. Aqueles que cursaram o ensino superior apresentaram 11,5% do total da taxa de prevalência em 2012 (Brasil 2013).

Percebe-se nos índices nacionais que, de 1980 a 2010, 9,4% do total de homens e 4,5 % do total de mulheres tinham 12 ou mais anos de escolaridade. A partir de 1999, observa-se um aumento da escolaridade entre os indivíduos notificados no país. Nota-se também que os casos identificados entre jovens de 20 a 29 anos com 12 ou mais anos de escolaridade no Brasil, inclusive em Minas Gerais, vêm aumentando gradativamente no decorrer dos anos, o que não ocorre com as outras faixas de idade com essa escolaridade (Brasil, 2010a; 2010b).

Ao considerarmos as variáveis de idade e escolaridade percebemos que, em 1993, havia 273 casos notificados no país entre pessoas de 20 a 29 anos com 12 ou mais anos de escolaridade, sendo que a maior parte dos casos se concentrava entre as pessoas de 25 a 29

anos. Em 2000, a mesma faixa etária somou 292 casos, com aumento significativo na faixa de 20 a 24 anos. Dez anos depois, esses casos praticamente duplicaram, e vêm aumentando gradativamente durante os anos. Em Minas Gerais, percebe-se um perfil proporcionalmente similar aos índices nacionais (Brasil, 2010b).

Esses dados nos mostram que as populações mais escolarizadas também estão vulneráveis à contaminação. O número de jovens infectados no país tem aumentado e os anos de estudo parecem não impedir o aumento do contágio. Isto faz supor que a vulnerabilidade desse público vai além do simples acesso a informações (Ayres, 1996).

Assim, percebe-se que o acesso a informações não tem se associado de forma consistente à adesão a métodos adequados de prevenção. Isso também tem se tornado uma realidade entre estudantes universitários. As pesquisas sobre aids com esse público buscam avaliar o seu conhecimento sobre a doença e outras DSTs, assim como investigar sua prevenção nas práticas sexuais (Cano, Zaia, Neves & Neves, 2007; Sant'anna, Carvalho, Passarelli & Coates, 2008; Barbosa, Silva, & Cordeiro, 2009; Rebello & Gomes 2009, 2012; Bezerra, Chaves, Pereira & Melo, 2012; Coelho, Santos, Pontes & Sá, 2012, agosto).

Esses interesses de investigação têm se mantido no decorrer dos anos da epidemia. Isso pode ser observado a partir de um estudo bibliográfico sobre as produções científicas que relacionavam estudantes universitários e aids entre os anos de 1980 e 2003 (Nardi, 2005). Segundo a autora, houve maior mobilização da comunidade científica em relação a estudantes universitários a partir da década de 1990, década em que a população se viu ameaçada pelos novos tipos de contaminação. As pesquisas buscaram majoritariamente avaliar o nível de conhecimento dos universitários sobre a transmissão. Um menor número de trabalhos avaliou seu conhecimento sobre a prevenção.

Atualmente, a transmissão por via sexual é a mais investigada pelos autores, sendo esta a mais conhecida entre alunos investigados. Esse tipo de transmissão como tema se sobressai nesses estudos, também por ser a principal via de transmissão entre os jovens. Desse modo, o seu comportamento sexual em relação à aids é vastamente explorado, principalmente quanto ao uso da camisinha e das situações em que isso ocorre. As pesquisas mostram a “incompatibilidade” entre o grau de informações e as práticas adotadas pelos estudantes, que, em grande parte, assumiram não usar preservativos em todas as relações sexuais (Cano et al., 2007; Sant'anna, et al., 2008; Barbosa, Silva, & Cordeiro, 2009; Rebello & Gomes 2009, 2012; Bezerra et al., 2012; Coelho et al., 2012, agosto).

O investimento público em campanhas informativas, folhetos e cartilhas mostra a importância que se tem dado à informação no desenvolvimento de políticas de prevenção. A informação e a educação têm sido dois dos principais recursos para a mudança de comportamento desde os primeiros investimentos dos programas nacionais de prevenção (Mann, Tarantola & Netter, 1993a). Entretanto, com o passar dos anos, percebeu-se que somente a informação disponibilizada não surte o efeito desejado da mudança comportamental.

Desde 1985, quando surgiram as primeiras campanhas no Brasil, tem-se tentado alertar a população sobre as possíveis formas de contágio. Isso auxiliou na desconstrução de mitos em torno da doença, como, por exemplo, o contágio através da saliva e do abraço. Atualmente, as campanhas têm tido o caráter de alerta a determinados grupos, como a juventude gay, jovens heterossexuais, HSH, travestis, e mulheres jovens. Esse alerta ocorre devido ao decréscimo no uso de preservativos e aumento do contágio entre jovens (Brasil, 2012b).

Diante da disponibilidade de informações que encontramos nos dias atuais, e do acúmulo de saberes sobre a doença, há ainda um público jovem vulnerável. Isso requer maiores investigações sobre a relação que as informações têm com as práticas desses jovens, e como possivelmente tem se dado o contágio entre eles. Um importante ponto a ser investigado é como a informação sobre a aids, e suas formas de transmissão, são assimiladas e utilizadas no cotidiano da juventude. Principalmente no que se refere às práticas sexuais, ainda a principal via de transmissão do HIV.

Neste sentido, a Teoria das Representações Sociais poderá auxiliar nesta investigação. Esta teoria procura compreender um fenômeno social a partir de práticas, atitudes, imagens e informações disponíveis sobre o objeto de interesse do pesquisador. Além disso, tem-se mostrado campo profícuo para o estudo da epidemia desde o surgimento da mesma, como será exposto a seguir.

## **2.5. A teoria das Representações Sociais**

A grande Teoria das Representações Sociais (TRS) foi criada em 1961 por Serge Moscovici. O autor transformou em livro os frutos da sua tese de doutorado “A psicanálise, sua imagem e seu público”. Moscovici mostrou, nessa obra, quais caminhos o levaram a investigar as representações sociais da população francesa sobre a psicanálise. Na época, a psicanálise era objeto alvo de conversações cotidianas, se configurando em um tema veiculado pela mídia (Moscovici, 2012; Castro 2011). Foi nesse contexto que a grande teoria foi desenvolvida, assim

chamada porque, a partir dela, surgiram diferentes vertentes teóricas que priorizam algum aspecto da teoria original.

Moscovici remodelou outros conceitos teóricos para que chegasse à TRS, alguns deles estabelecidos por Durkheim, Piaget e Freud (Arruda, 2002). O autor explorou o modo como o conhecimento científico é assimilado e comunicado, e como, a partir disso, passa a integrar o cotidiano da população. Para isso, investigou os elementos que formaram o amálgama de valores, escolhas e determinações sociais que diziam respeito à psicanálise. A investigação buscou, através de entrevistas, questionários e da análise de parte da imprensa parisiense, identificar quais discursos eram veiculados entre diversos setores da população.

Um fenômeno social, como foi o caso da psicanálise e como também é o caso da aids, traz um conflito concernente à sua percepção e assimilação pelos grupos sociais. Esses fenômenos consistem em objetos propícios ao estudo das representações sociais (RS), pois, diante das novas questões que tais objetos trazem, os grupos são implicados em construções, significações e escolhas relativas ao fenômeno. Tais questões mais ou menos ameaçadoras são consideradas importantes para serem representadas e comunicadas (Moscovici, 2003, 2012; Arruda, 2002). Isso pôde ser observado em relação à psicanálise, quando algumas partes da teoria foram “interditadas”, e outras fizeram parte das comunicações do público estudado (Moscovici, 2012).

As representações de um objeto envolvem um sistema de interpretação do mundo e do outro, “orientam e organizam as condutas e comunicações sociais” e são sempre “de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito)” (Jodelet, 2001, p. 27). As representações sociais são, assim, “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 2001, p. 22).

É importante ressaltar que a representação social estabelece com o objeto representado a simbolização e a interpretação, resultando no significado social que tal objeto possui (Jodelet, 2001). Esse processo integra o sujeito às suas pertencas grupais e culturais, assim como se relaciona à atividade mental de uma coletividade. Para Vala (2001), as representações são coletivamente produzidas e retratam o funcionamento interno do grupo, como ele interage e se comunica, quais suas estratégias, problemas e projetos. Além disso, funcionam como teorias práticas que fazem parte das estruturas que o grupo usa para explicar determinados fenômenos sociais (Vala, 2001; Jodelet, 2001). Em relação ao nosso objeto de interesse, podemos perceber que a aids, principalmente em seu início, subitamente passou a fazer parte das conversações

comuns. O que era dito acerca da doença se configurou numa série de atributos, conhecimentos e valores, que formaram teorias do senso comum sobre o objeto social “aids”.

Moscovici (1978) postula que a representação

se mostra como um conjunto de proposições, reações e avaliações que dizem respeito a determinados pontos, emitidas aqui e ali, no decurso de uma pesquisa de opinião ou de uma conversação, pelo ‘coro’ coletivo de que cada um faz parte, queira ou não (p.67).

Para o autor, existem três dimensões básicas nas RS: 1) a informação, que organiza os conhecimentos de um grupo em torno de um objeto; 2) o campo de representação, que se remete a uma estrutura hierarquizada de elementos que compõem a imagem do objeto representado – dimensão privilegiada neste projeto; 3) e a atitude que diz respeito à orientação em relação ao objeto, um posicionamento a partir do qual se representa algo. Estas dimensões nos permitem determinar o grau de estruturação da representação para um grupo.

Para compreendermos os processos da representação é necessário explicitar o papel fundamental da comunicação social nesses processos, pois é nas trocas e nas interações que se cria o consenso sobre um objeto. A comunicação é, assim, o espaço em que a representação tem possibilidade de existir e essa é criada quando a identidade coletiva do grupo é ameaçada. Através das comunicações de novos conhecimentos, o novo objeto aparece eventualmente colocando em risco regras sociais preexistentes na sociedade. O grupo, então, investe na sua integração ao seu campo de significações. É neste sentido que a representação social contribui para a gênese das condutas e comunicações sociais (Jodelet, 2001). Percebe-se que esse processo da representação se inicia quando o objeto passa a fazer parte das conversações cotidianas de uma população. Ele envolve não só a circulação de informações sobre esse objeto, como também práticas e hábitos grupais relacionados a ele.

Assim, “os vínculos que se tecem em torno do objeto traduzem obrigatoriamente uma escolha, experiências e valores” (Jodelet, 2001, p. 63) que refletem sua inserção num determinado meio social, fazendo parte dos hábitos individuais e coletivos. Desta forma, para a autora, o conteúdo representacional também é determinado pela posição social que o sujeito ocupa.

Segundo Jodelet (2001), a RS, como campo de saber, sempre terá suporte linguístico, comportamental e material. No âmbito comportamental, as representações também são consideradas guias das ações, uma vez que elas orientam comportamentos, os quais são

denominados por Vala (2001) de “comportamentos representacionais” Nessa perspectiva, as representações incidem sobre ações desejáveis, pois constituem o significado do objeto representacional e da situação específica em que ele se encontra. Além disso, dão significado e justificativa aos comportamentos. Assim, toda ação está pautada numa “rede de representações que ligam o objeto ao seu contexto” (Vala, 2001, p. 483) e que dá ao comportamento determinado sentido.

Abric (2000, 2001) apresenta quatro funções básicas da representação: constituição de um saber comum; constituição e reforço da identidade; orientação das condutas e comportamentos; e justificação dos comportamentos e tomadas de posição. A constituição de um saber comum diz respeito à compreensão da realidade da forma mais adequada à cognição e aos valores dos grupos sociais. Abric (2000) diz que as representações “definem o quadro de referência comum que permite as trocas sociais, a transmissão e a difusão” (p.29) dos saberes do senso-comum. Para o autor, a função de orientação influencia no tipo de estratégia cognitiva que o grupo irá adotar diante do fenômeno social, definindo as regras sociais em torno do objeto que se forma. Neste sentido, as representações definem o que é permitido ou não em determinados contextos sociais, prescrevendo ações e práticas grupais.

Entretanto, não podemos excluir o que Rouquette (2000, p. 45) chamou de “influência recíproca das representações e das práticas”. Entende-se com isso que as representações são fundamentais para o desenvolvimento das ações, e são igualmente influenciadas pelas práticas na construção dos saberes. As práticas definidas nas representações se engendram no que Abric (2000) chama de função identitária. Através dessa função, o grupo obtém certa homogeneidade dos seus membros, e mantém, ao mesmo tempo, uma imagem positiva de si. Por fim, a função justificadora dos comportamentos tem o papel de avaliar os comportamentos em relação a grupos externos. Com isso, os membros conseguem explicar e justificar suas ações e manter a diferenciação intergrupar.

A relação entre a prática e as representações, considerada pertinente para este trabalho, é tratada de forma incisiva na abordagem estrutural. Nessa abordagem, a Teoria do Núcleo Central (TNC) entende que a representação social é composta por uma complexa organização de elementos representacionais. Esses elementos se encontram organizados em um núcleo central e em um sistema periférico. Existe, assim, não só uma hierarquização, mas uma estrutura organizada dos elementos (Abric, 2001; Sá, 1996).

Nesta perspectiva, entende-se que a RS é formada por dois sistemas fundamentais: a periferia e o núcleo central. Ao redor do núcleo central, estão os elementos periféricos mais

acessíveis, flexíveis e dinâmicos da RS. Sua função é a de intermediar a realidade e o núcleo central, oferecendo um contexto que permita que a comunicação seja realizada. Além disso, ele protege o núcleo central de mudanças possibilitando alguma estabilidade à representação (Abric, 2001; Sá, 1996). A mudança, ou questionamento da representação, é operada primeiramente no sistema periférico, onde encontramos um “sistema de defesa da representação” (Abric, 2000, p. 32).

O núcleo central, para Abric (2001), tem duas funções básicas, uma geradora, a partir da qual se estabelece o significado dos outros elementos presentes na representação; e outra organizadora, que determina o tipo de relação que os elementos representacionais estabelecerão entre si. Para Sá (1996), o núcleo central unifica e confere estabilidade à organização da RS de um objeto oferecendo maior resistência às tentativas de mudança.

Abric (2001) considera que esse duplo sistema da representação permite compreender uma das suas características fundamentais: a rigidez e estabilidade junto da flexibilidade e da capacidade de mudar. A estabilidade e a rigidez são garantidas pelo núcleo central, carregado por valores extremamente arraigados e compartilhados entre os membros do grupo. Já a flexibilidade e a capacidade de mudar se relacionam com experiências individuais e contextos específicos nos quais membros do grupo se relacionam entre si e com membros de grupos externos. Segundo o autor, essa noção de consenso e diferenças individuais simultâneos só é possível porque uma população compartilha uma representação formada por um único núcleo central, ou ainda a mesma estrutura organizadora dos elementos da representação. Isso torna compreensível a existência das diversidades entre as representações que têm o mesmo núcleo central. Assim, considera-se que as ações têm um significado, uma finalidade contextual.

Em suma, o sistema central “define a homogeneidade do grupo” (Abric, 2000, p. 34) tornando possível a existência de uma representação, gerando seu significado e determinando sua organização. O sistema periférico “tolera a heterogeneidade do grupo” (Abric, 2000, p. 34) fazendo com que o grupo se adapte a diferenças grupais e de contexto. De modo mais amplo, o sentido da representação é determinado pela própria natureza do objeto, pela relação que o sujeito ou grupo mantém com o mesmo e pelos valores e normas sociais presentes nesta relação (Sá, 1996).

Segundo o que foi até aqui exposto, consideramos que a TRS é um campo teórico propício ao estudo de novos objetos sociais, como foi o caso da aids na década de 1980. A doença comoveu, como buscamos demonstrar, estruturas antigas de valores relacionados à moral sexual e incidiu sobre a construção da realidade e da identidade dos sujeitos que a

representaram. Portanto, a TRS tem servido em grande parte aos estudos sobre o significado social da aids (Barbará, Sachetti, & Crepaldi, 2005).

Oliveira, Formozo, Gomes, Acioli, Marques, Costa e Heringer (2007) consideram esse campo um dos tipos de respostas sociais ao fenômeno e apresentam levantamento de artigos, teses e dissertações sobre esse tema, de 1990 até 2006. Segundo os autores, as publicações nos anos 2000 são expressivamente maiores do que nos anos 80 e 90, décadas em que possivelmente a doença se constitui como fato social. O maior número de publicações se concentrou entre 2000 e 2006, intervalo responsável por 59,5% de todas as publicações estudadas. Encontrou-se dois motivos para tal constatação: o aumento do número de cursos de pós-graduação *scritu senso* no nosso país e da mortalidade por causa da aids neste período<sup>9</sup>. Segundo os autores, a maior parte das pesquisas foram realizadas em escolas, hospitais, centros de referência em DST/HIV/Aids e universidades. Isso mostra a preocupação em investigar a contaminação e prevenção de jovens em idade escolar e universitários. Do mesmo modo, tem-se considerado importante o contato com o público soropositivo, principalmente após o maior acesso aos antirretrovirais, o que ocasionou o prolongamento dos anos de vida daqueles que os utilizam (Oliveira et al., 2007).

Dentre os achados dessa pesquisa, constatou-se um maior número de produções nas áreas da Enfermagem, da Saúde Coletiva e da Psicologia. Além disso, os locais dessas produções coincidem com os locais de maior prevalência e, conseqüentemente, maior circulação científica sobre a doença. Entre os sujeitos mais estudados estão: pessoas soropositivas; adolescentes; profissionais de saúde; e mulheres. Estudantes universitários também foram investigados, porém em menor número, somando 4,4% do total (Oliveira et al., 2007).

Nesse trabalho, assim como em estudo realizado somente com a produção da área da Enfermagem sobre a temática da aids (Oliveira, Costa, Gomes, Acioli, Formozo, Heringer & Giami, 2006), constatou-se um considerável número de publicações que possuem o termo “mulher” como uma das palavras-chave. Houve destaque também, nesse levantamento, para os estudos empíricos realizados em escolas. Tais destaques se relacionam, possivelmente, ao fenômeno da feminização e à crescente juvenilização da doença a partir da década de 90 (Barbosa, 2003).

---

<sup>9</sup>O número de óbitos por aids diminuiu substancialmente após 1996, com a distribuição gratuita de antirretrovirais, como já foi exposto. Entretanto, a partir de 2000 a taxa de mortalidade vem aumentando gradativamente (Brasil, 2012a).

Em 2005, Barbará, Sachetti e Crepaldi também reconheceram que os estudos sobre as representações sociais da aids eram campo fértil de investigação, pois propiciavam o acesso às justificativas dos comportamentos e às atitudes que os envolviam. Além disso, o aparecimento da doença primeiramente na mídia e depois na ciência médica torna-a ainda mais interessante como alvo de estudo. A construção das representações e do conhecimento científico, a partir desses dois campos, permitiu reforçar ideias ainda arraigadas no imaginário social, como o medo da doença desconhecida, da morte, das formas de contágio e dos portadores (Sontag, 1989; Jodelet, 2001; Marques, Oliveira & Francisco, 2003; Barbará, Sachetti & Crepaldi, 2005). À medida que se descobriu a contaminação através do sangue e do esperma, a ideia do contágio através dos líquidos corporais foi largamente reforçada (Jodelet, 2001) e sustentada por representações de outras doenças incuráveis já conhecidas pelo saber comum (Joffe, 1999). Por exemplo, em estudos mais recentes, percebe-se, entre soropositivos há uma associação da aids com a diabetes, uma doença incurável, mas que pode ser controlada. A percepção da aids como uma doença fatal, como era percebida nas décadas de 80 e de 90, vem, assim, enfraquecendo (Gomes, Silva & Oliveira, 2011).

Como vimos, vários trabalhos têm se dedicado às representações sociais que envolvem o tema da aids nos últimos anos. Dentre eles, destacamos, por interesse específico dessa dissertação, pesquisas com jovens brasileiros. Este público, por vezes somado a adolescentes e adultos, tem sido estudado em diversos contextos: juventude em idade escolar (Camargo, Bertoldo & Barbará, 2009; Oliveira, Pontes, Gomes & Ribeiro, 2009; Camargo & Wachelke, 2010; Bousfield & Camargo, 2011; Natividade & Camargo, 2011); jovens e adultos (Natividade & Camargo, 2012); adolescentes (Arraes, Palos, Barbosa, Teles, Souza & Matos, 2013); jovens que buscam serviços públicos de saúde (Marques, Tyrrell & Oliveira, 2009); jovens gestantes (Damasceno, Moura, Nery, Batista, Araújo & Moura, 2009); adolescentes afrodescendentes e brancos (Camargo, Giacomozzi, Wachelke & Aguiar, 2010; Giacomozzi & Camargo, 2011); entre outros.

Tais pesquisas demonstram a preocupação do campo das RS com o público largamente atingido na população brasileira<sup>10</sup>, a juventude, ainda que em contextos diferenciados. Estes trabalhos têm investigado as práticas de prevenção sexual, as mudanças de comportamento, as atitudes e a percepção de vulnerabilidade dos jovens, assim como seu conhecimento e suas fontes de informações sobre a doença.

---

<sup>10</sup>UNAIDS (2013); Brasil (2013).

Estudos como o de Natividade e Camargo (2011), por exemplo, têm salientado as fontes de informação e o conhecimento científico em relação à aids. Achados dessa pesquisa demonstraram que jovens adolescentes não relacionaram o sexo em si à representação de doença, mas o sexo à desproteção. Além disso, a valorização da camisinha se dá de forma mais significativa entre as mulheres. Entre os homens existe o medo do contágio, mas não a prevenção vinculada ao preservativo. Outros estudos também mostram baixo uso da camisinha entre os homens jovens, como reflexo de manutenção da sua masculinidade (Arraes et al., 2013), e maior adesão do uso entre as mulheres (Giacomozzi & Camargo, 2011).

As pesquisas corroboram o fato de que os jovens têm acesso a informação, mas isso por si só não garante a prática de prevenção (Oliveira et al., 2009). Assim, apesar do conhecimento dos métodos de prevenção, os jovens ainda se mantêm vulneráveis ao contágio. Outro fator importante que ainda permanece nos discursos de jovens mulheres é a doença ser vista como “do outro”. Assim, não adotam a prevenção como responsabilidade delas, o outro que não usa preservativos seria irresponsável (Marques, Tyrrell & Oliveira, 2009). Isso foi percebido também em estudo realizado por Camargo, Bertoldo e Barbará (2009): os jovens só passam a se prevenir quando algum dos seus amigos contrai aids, ou para evitar a gravidez. Antes disso, a doença é associada a um outro jovem, que sabe que precisa se prevenir, mas, na hora do sexo, não o faz.

Grande parte dos estudos sobre a juventude universitária e a aids tratam da análise de vulnerabilidade, da avaliação do conhecimento sobre aids, das suas atitudes e das práticas sexuais a ela relacionadas. Apesar da maioria não ter aporte teórico das representações sociais, apresentam resultados similares. Muitos universitários têm o conhecimento necessário, mas ainda não tomam as devidas precauções contra a aids, por exemplo, não utilizando o preservativo em suas relações sexuais (Sant’Anna et al., 2008; Santos, Rebouças, Boery, Boery & Silva, 2009; Coelho, Santos, Pontes & Sá, 2012, agosto). Em estudo com universitários, Bezerra e colaboradores (2012) encontraram atitudes favoráveis ao uso do preservativo, mas de pouca intensidade, assim como a percepção de baixo risco em suas práticas sexuais. Muitos também relataram o desconhecimento quanto a sua situação sorológica.

Entre os estudos recentes que privilegiam a TRS na investigação com universitários e aids, estão os realizados por Sousa e Paiva (2012) e por Galinkin, Seidl, Barbosa e Magalhães (2012). Entre os achados da pesquisa de Galinkin e colaboradores (2012) a aids, para os universitários, deixou de ser uma doença do outro. A aids é uma doença conhecida e controlável, ou tratável. Entretanto, a vulnerabilidade passou a fazer parte do grupo interno,

trazendo à tona sentimentos de medo e insegurança em suas representações. Já no trabalho de Sousa e Paiva (2012) é enfatizada a questão do gênero que permeia a vulnerabilidade à aids. Para os autores, a negociação da camisinha é fortemente atravessada pelo menor poder decisório das mulheres no ato sexual, assim como a virilidade demonstrou ser um fator bastante importante na exposição dos homens ao risco. Entre as mulheres, as relações de submissão as expõem ao risco de contágio.

Como já havia constatado Jeolás (1999), poucos jovens haviam mudado de fato seu comportamento a fim de se prevenir contra a aids. Entre universitários, ao que parece, isso se mantém, mesmo que este público tenha maior acesso a diferentes tipos de veículos de informação. Esses estudos têm mostrado que o acesso a informação não garante a mudança de comportamento, principalmente em torno da sexualidade que envolve valores arraigados, como, por exemplo, as normas de gênero e a fidelidade.

Esses aspectos observados pelos pesquisadores acima citados poderão permanecer para o público alvo desta pesquisa. Portanto, cabe averiguar o que pensam e como agem em relação à aids, importantes fatores que influem nas escolhas relativas à prevenção. Deste modo, o estudo das práticas sexuais atreladas ao conhecimento sobre a aids e sobre os métodos de prevenção pode fornecer significativas informações a esse campo de estudo.

Neste sentido, através das representações sociais (Moscovici, 1978; Jodelet, 2001; Sá, 1996; Abric, 2001; Vala, 2001) de jovens universitários sobre a aids nos aproximaremos dos significados atribuídos à epidemia, procurando identificar quais deles podem estar relacionados ao seu comportamento sexual. Para tanto, utilizaremos a TNC e os métodos explicitados mais adiante.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Geral**

Identificar, descrever e analisar as Representações Sociais de aids para um grupo de jovens universitários.

#### **3.2. Específicos**

Identificar, descrever e analisar a estrutura das Representações Sociais de Aids para esse grupo (Núcleo Central e Periferia);

Identificar e descrever as práticas sexuais dos jovens universitários e relaciona-las com as Representações Sociais de aids;

Identificar e descrever os conhecimentos desse grupo sobre a prevenção e formas de transmissão da aids.

## **4. MÉTODO**

### **4.1. Sujeitos**

Participaram da pesquisa 506 estudantes da Universidade Federal de Minas Gerais, de ambos os sexos, com idades entre 18 e 25 anos. Os participantes foram selecionados por curso, considerando-se as classes socioeconômicas de pertença, conforme identificadas por Braga e Peixoto (2006): a) média baixa: Física Noturno, Química, Matemática e Pedagogia; b) média: Psicologia e Enfermagem; e c) média alta: Direito e Medicina.

Inicialmente buscou-se entrevistar 80 sujeitos em cada curso, com o objetivo de equilibrar o número de homens e de mulheres entrevistados por área. Entretanto, durante a coleta, percebeu-se que havia, nos cursos, concentrações variadas de informantes, considerando-se o sexo dos mesmos. Assim, a coleta se adaptou ao que foi encontrado em campo, como será exposto no capítulo dos Resultados.

Em cada curso, os participantes foram escolhidos por conveniência, tendo sido abordados nos respectivos institutos em que estudam: Faculdade de Direito, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), Instituto de Ciências Exatas (ICEx), Faculdade de Educação, Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem.

### **4.2. Procedimentos de coleta de dados**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP - UFMG) através do sistema Plataforma Brasil. Após a aprovação, pudemos dar início à coleta de dados (Anexo A, Anexo B).

Utilizamos para a coleta um questionário semiestruturado que os próprios informantes preencheram. Ao final do preenchimento, os questionários foram recolhidos junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos informantes (Anexo C). Os respondentes foram abordados, em grande parte, nas salas de aulas com a autorização dos professores ou, em alguns cursos, nos corredores e pátios, onde se concentravam durante o intervalo entre as aulas. A identidade dos sujeitos foi preservada havendo apenas a posterior numeração de cada questionário preenchido.

Escolhemos o questionário autoaplicável para a realização dessa etapa para que facilitasse a coleta de um número suficientemente grande de dados, de modo que pudessem ser

analisados segundo a Teoria do Núcleo Central. A coleta foi realizada em dois meses, de maio a junho de 2013 nos *campi* da UFMG.

### 4.3. Instrumento

O instrumento é composto por três partes principais (Anexo D). A primeira buscou traçar o perfil dos entrevistados com dados pessoais e socioeconômicos. A segunda parte foi composta pela evocação livre de palavras (Abric, 2001) e pelos conhecimentos sobre a aids. A evocação livre é uma técnica específica para compreendermos a organização, as hierarquias e o conteúdo da representação social, segundo a TNC (Umaña, 2002; Sá, 1996). Essa técnica, segundo Oliveira, Marques, Gomes e Teixeira (2005), permite o alcance mais rápido e espontâneo de elementos latentes que fazem parte do conjunto cognitivo representacional dos sujeitos sobre o objeto representado. Segundo os autores, as palavras ou expressões evocadas são elementos semânticos simples, compartilhados conformando estereótipos sociais e que, ao mesmo tempo, estruturam a representação. As evocações também têm um caráter projetivo, e, por não limitar o sujeito a escolher respostas previamente formuladas, possibilita que o mesmo se manifeste de forma mais espontânea (Abric, 2001).

A evocação livre de palavras (ELP) consiste, assim, em perguntar ao sujeito entre 3 e 5 palavras, expressões ou adjetivos que lhe ocorrem após a apresentação de um ou mais termos indutores (Abric, 2001). Tais termos consistem em “normalmente, o próprio rótulo verbal que designa o objeto de representação” (Sá, 1996, p.115). Nesta pesquisa foi pedido aos sujeitos que escrevessem no formulário cinco palavras relacionadas ao termo indutor: “aids”.

Para melhor delimitar o objeto de representação, Abric (2001) sugere que os sujeitos hierarquizem as palavras evocadas em ordem de importância e justifiquem por que a primeira palavra foi escolhida como a mais importante. Assim, de forma geral, temos os seguintes processos combinados: frequência em que o termo aparece, ordem de evocação, ordem de importância e justificativa para o primeiro termo. Pedimos no instrumento que o participante, depois de evocar as cinco palavras, dissesse qual delas considerava a mais importante. Os possíveis elementos constitutivos do núcleo central deverão aparecer de acordo com a frequência média e ordem de aparição em relação a todo o *corpus*, sendo que a congruência desses dois momentos é um indicador da centralidade do elemento (Abric, 2001).

Ainda que essa técnica pudesse ser utilizada isoladamente, nesse trabalho tentamos acessar adicionalmente um conjunto de questões igualmente importantes para a apreensão do

universo representacional em torno da aids. Isso foi contemplado pelas questões abertas e fechadas, após as evocações, relativas ao conhecimento dos participantes sobre as formas de transmissão do HIV e sobre os métodos de prevenção.

Por fim, a terceira parte do instrumento foi composta por questões sobre as vivências e práticas sexuais dos participantes. Esta parte também reuniu perguntas abertas e fechadas.

#### **4.4. Procedimentos para análise de dados**

A análise de grande parte das respostas foi realizada com auxílio do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences versão 19, para Microsoft Windows). Este permite obter estatísticas descritivas e cruzamentos das variáveis importantes para o trabalho, como, por exemplo, uso de métodos de prevenção, por sexo dos entrevistados.

As questões abertas foram submetidas à análise de conteúdo (Bardin, 2001; Puglisi & Franco, 2003) que preconiza a descrição do conteúdo expresso pelos indivíduos através de procedimentos sistematizados. Esses consistem na codificação e categorização, as quais buscam identificar quais códigos estão presentes nas respostas, normalmente constituídos por palavras e expressões concisas, e organizar os códigos segundo seu conteúdo (Bardin, 2001; Puglisi & Franco, 2003).

Para tanto, foi realizada a codificação *in vivo*, isto é, os códigos surgiram a partir das expressões e significados usados pelos sujeitos. Procedemos também a uma categorização temática. Para que pudéssemos utilizar os recursos do SPSS as categorias tiveram que ser transformadas em variáveis numéricas. É pertinente lembrar que os resultados obtidos na análise de conteúdo são sempre interpretados com base na teoria utilizada na pesquisa (Bauer, 2002), nesse caso a TRS.

Os dados gerados pela Técnica de Evocação Livre de Palavras passaram por um tratamento específico. Com auxílio do Microsoft Word, fizemos a correção gramatical e ortográfica das palavras, diminuição das frases e expressões homogeneizando o *corpus*. Em seguida, as palavras que possuíam o mesmo significado foram agrupadas priorizando as palavras mais frequentes, ou que traduziam melhor o significado das demais (Oliveira et al., 2005; Wachelke & Wolter, 2011).

Preparado o *corpus* de evocações, o mesmo foi submetido ao software o EVOC 2003 - Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations. Este software calcula a frequência com que cada palavra foi citada junto da sua ordem média de evocação. A partir

disso, foram estabelecidos os valores de corte da frequência e ordem de evocação, conforme exposto mais detalhadamente no capítulo dos Resultados.

Por fim, o Evoc gera o “quadro de quatro casas” (Oliveira et al., 2005). Este quadro é formado por quatro quadrantes, delimitados por eixos x, média das frequências das palavras, e y, ordem média de evocação. Distribuem-se, assim, os termos evocados permitindo a visualização da estrutura da RS com os elementos mais centrais e mais periféricos (Nascimento-Schulze & Camargo, 2000).

O quadro de quatro casas se divide da seguinte forma: no quadrante superior esquerdo, se situam os prováveis elementos do núcleo central, pois estão as palavras mais frequentes entre as primeiras citadas na ordem de evocação. Em contrapartida, no quadrante inferior direito estão localizados os elementos mais periféricos da representação, pois, além de apresentarem menor frequência, estão entre os últimos termos na ordem de evocação (Oliveira et al., 2005; Wachelke & Wolter, 2011). Nesta parte do quadro estão elementos mais flexíveis para a mudança (Sá, 2002) ou ainda elementos mais particularizados (Wachelke & Wolter, 2011). No quadrante superior direito, se encontram os elementos da primeira periferia, considerados os elementos periféricos mais importantes, pois têm alta frequência de evocação, embora possuam ordem de evocação média maior do que aquelas que se encontram no primeiro quadrante. Por fim, temos os elementos do quadrante inferior esquerdo, chamado de “zona de contraste”. Embora sejam elementos menos frequentes, são indicados como importantes pelos sujeitos. As palavras encontradas nesse quadrante podem complementar o que foi encontrado na 1ª periferia ou, ainda, indicar a existência de algum subgrupo com uma representação diversificada sobre o objeto da representação (Oliveira et al., 2005; Wachelke & Wolter, 2011).

A seguir, apresentaremos os resultados obtidos nessa investigação.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Perfil dos entrevistados

Participaram da pesquisa 506 graduandos da Universidade Federal de Minas Gerais com idade entre 18 e 25 anos. Do total, 251 eram mulheres (49,6%) e 255 homens (50,4%). Quanto à vinculação por curso/classe socioeconômica, entrevistamos alunos dos seguintes cursos: Direito (classe média alta); Psicologia (classe média); Física Noturno, Química e Matemática (classe média baixa); Pedagogia (classe média baixa); Medicina (classe média alta) e Enfermagem (classe média)<sup>11</sup> (Tabela 1).

Tabela 1. Cursos dos participantes

Cursos	N	%
Medicina	131	25,9 %
Enfermagem	69	13,6 %
Psicologia	78	15,4
Direito	66	13,0
Pedagogia	51	10,1
Física Noturno, Química e Matemática	111	21,9
Total	506	100,0

Buscamos, durante a coleta, entrevistar o mesmo número de homens e de mulheres. Como há grande variação no número de homens e de mulheres matriculados, segundo o curso, tivemos a seguinte distribuição final:

a) os homens se concentraram mais nos cursos de Medicina (34,12%), de Física Noturno, Química e Matemática (30,59%) e de Direito (18,82%);

b) as mulheres ficaram concentradas principalmente nos cursos de Enfermagem (22,71%), de Pedagogia (20,32%) e de Psicologia (19,52) (Tabela 2).

Tabela 2  
Cursos de graduação dos participantes, por sexo *Continua*

Cursos	Homens	%	Mulheres	%	N	%
Medicina	87	34,12	44	17,53	131	25,9
Enfermagem	12	4,71	57	22,71	69	13,6
Psicologia	30	11,76	49	19,52	78	15,4

<sup>11</sup> Classificações socioeconômicas encontradas em Braga e Peixoto (2006), resultantes de pesquisa que traçou o perfil socioeconômico dos alunos da UFMG.

Tabela 2  
Cursos de graduação dos participantes, por sexo (Continuação)

Cursos	Homens	%	Mulheres	%	N	%
Direito	48	18,82	17	6,77	66	13,0
Pedagogia	-	-	51	20,32	51	10,1
Física Noturno, Química e Matemática	78	30,59	33	13,15	111	21,9
Total	255	100	251	100	506	100,0

Quanto ao período cursado pelos entrevistados, tivemos: 1º período (25,3%), 2º período (18,2%), 3º período (8,9%), 4º período (16,2%) e 5º ou posteriores (31,4%). Dos 506 entrevistados, 52,8% estudam em período integral, 32,7% no período da manhã, 10,5% no período da noite e 4% na parte da tarde.

Quanto à nacionalidade dos entrevistados, 98,4% são brasileiros. Entre aqueles que responderam sua naturalidade (n=502), 59,2% são naturais de Belo Horizonte/MG, 5,8% de outras cidades da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RM-BH), 25,1% do interior de Minas Gerais, 9,4% de outros estados, e 0,6% de cidades localizadas em outros países.

Percebe-se, conforme observado na Tabela 3, que há mais homens provenientes do interior do estado do que mulheres.

Tabela 3  
Naturalidade dos participantes, por sexo

Naturalidade	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Belo Horizonte	155	62,25	142	56,13	297	59,2
Interior de MG	51	20,48	75	29,64	126	25,1
Outro estado	24	9,64	23	9,09	47	9,4
RM-BH	18	7,23	11	4,35	29	5,8
Exterior	1	0,40	2	0,79	3	0,6
Total	249	100	253	100	502	100

Dentre os participantes, 439 residem em Belo Horizonte, 55 na região metropolitana e 12 no interior de Minas Gerais. A quase totalidade deles não possui filhos (497 – 98,22%). Entre os 489 que especificaram sua situação conjugal, a maior parte não tem companheiro(a) estável (69,7%), seguidos daqueles que possuem companheiro(a) e não vivem com ele(a) (28,5%). Apenas 1,8% dos entrevistados mora com o(a) companheiro(a). Como mostra a Tabela 4, um maior número de homens não possui companheiro estável (75,7%).

Tabela 4  
 Situação conjugal em que os entrevistados se encontram, por sexo

Situação conjugal	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não tenho companheiro(a) estável	157	63,56	190	75,70	347	69,70
Tenho companheiro(a) e não vivo com ele(a)	83	33,60	59	23,51	142	28,50
Tenho companheiro(a) e vivo com ele(a)	7	2,83	2	0,80	9	1,80
Total	247	100	251	100	498	100,00

Como é exposto na Tabela 5, grande parte dos entrevistados se declara heterossexual (91,2%), havendo similaridade entre homens e mulheres.

Tabela 5  
 Orientação sexual declarada pelos participantes, por sexo

Orientação sexual	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Heterossexual	238	95,20	220	87,30	458	91,20
Bissexual	7	2,80	4	1,59	11	2,20
Homossexual	5	2,00	28	11,11	33	6,60
Total	250	100	252	100	502	100

Entre aqueles que declararam se tinham ou não religião (503 sujeitos), 206 responderam que são católicos (41,0%), sendo 112 mulheres e 94 homens. Aqueles que declararam não possuir religião obtiveram o segundo maior escore, com 165 sujeitos (32,8%, 103 homens e 62 mulheres) (Tabela 6).

Tabela 6  
 Religião dos participantes, por sexo

Religião	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Católico	112	44,98	94	37,01	206	41,0
Não possui religião	62	24,90	103	40,55	165	32,8
Protestante	47	18,88	21	8,27	68	13,5
Espírita	19	7,63	28	11,02	47	9,3
Outros	9	3,61	8	3,15	17	3,4
Total	249	100	254	100	503	100

Entre aqueles que responderam sobre sua condição de moradia (Tabela 7), 309 possuem casa própria (61,7%), 139 moram de aluguel (27,7%), 30 moram em casa cedida (6%) e 17 residem em moradia universitária (3,4%).

Tabela 7  
Condição de moradia dos estudantes, por sexo

Condição de residência	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Própria	159	64,11	150	59,29	309	61,7
Alugada	60	24,19	79	31,23	139	27,7
Cedida	16	6,45	14	5,53	30	6,0
Moradia universitária	10	4,03	7	2,77	17	3,4
Outros	3	1,21	3	1,19	6	1,2
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>	<b>253</b>	<b>100</b>	<b>501</b>	<b>100</b>

Quase metade dos entrevistados possuem renda mensal familiar acima de R\$4.068,00, tanto entre homens quanto entre mulheres (Tabela 8). Como pode ser visto, há uma porcentagem maior de mulheres nos cinco primeiros estratos, que agrupam os sujeitos com menor renda mensal familiar.

Tabela 8  
Renda mensal familiar dos participantes, por sexo

Renda Mensal Familiar	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abaixo de R\$678,00	3	1,21	6	2,36	9	1,80
R\$678,00 a R\$1356,00	31	12,55	17	6,69	48	9,60
R\$1357,00 a R\$2034,00	44	17,81	23	9,06	67	13,40
R\$2035,00 a R\$2712,00	32	12,96	21	8,27	53	10,60
R\$2713,00 a R\$3390,00	29	11,74	20	7,87	49	9,80
R\$3391,00 a R\$4068,00	23	9,31	26	10,24	49	9,80
Acima de R\$ 4068,00	85	34,41	141	55,51	226	45,10
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>100</b>	<b>254</b>	<b>100</b>	<b>501</b>	<b>100</b>

Apenas 153 alunos entrevistados declararam possuir renda própria. Ao organizarmos esses dados por curso, um maior número de entrevistados que possui renda própria encontra-se

matriculado em Física Noturno, Química e Matemática (32,02%), Pedagogia (19,60%) e Direito (17,64%) (Tabela 9).

Tabela 9  
Participantes que possuem renda própria

Cursos	N	%
Física Noturno, Química e Matemática	49	32,02
Pedagogia	30	19,60
Direito	27	17,64
Psicologia	22	14,37
Medicina	17	11,11
Enfermagem	8	5,22
Total	153	100

Ao separar, por sexo, os dados relativos à renda própria, percebe-se uma distribuição bastante semelhante entre homens e mulheres, embora haja mais mulheres que não possuem renda própria (Tabela 10).

Tabela 10. Número de estudantes que possuem e que não possuem renda própria, por sexo

Possui renda própria	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	68	27,20	85	33,46	153	30,40
Não	182	72,80	169	66,54	351	69,60
Total	250	100	254	100	504	100

Dentre aqueles que responderam sobre sua classe socioeconômica (n=482), 72,2% se declaram da classe média; 11,4% da classe média alta; 7,7% da classe média baixa; 4,4% da classe baixa e 4,4% da classe alta (Tabela 11). Como pode ser observado, a maior parte dos estudantes se declara pertencer à classe média em todos os cursos. Nos cursos de Física Noturno, Química e Matemática e Enfermagem estão aqueles que mais se declaram pertencer à classe baixa. O maior número de estudantes que se declara da classe alta está nos cursos de Psicologia, Direito e Medicina. Não há declarações de pertencimento à classe alta nos cursos de Pedagogia e Enfermagem.

Tabela 11<sup>12</sup>

Classe socioeconômica declarada pelos estudantes

Classe socioeconômica declarada	Baixa		Média baixa		Média		Média alta		Alta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pedagogia	2	0,4	2	0,4	42	8,7	2	0,4	-	-	48	10,0
Física Noturno, Química e Matemática	9	1,9	13	2,7	80	16,6	4	0,8	1	0,2	107	22,2
Psicologia	2	0,4	13	2,7	45	9,3	10	2,1	5	1,0	75	15,6
Enfermagem	6	1,2	5	1,0	47	9,8	5	1,0	-	-	63	13,1
Direito	1	0,2	1	0,2	44	9,1	12	2,5	8	1,7	66	13,7
Medicina	1	0,2	3	0,6	90	18,7	22	4,6	7	1,5	123	25,5
Total	21	4,4	37	7,7	348	72,2	55	11,4	21	4,4	482	100

Na Tabela 12, encontram-se os dados sobre a classe socioeconômica declarada, por sexo. Percebe-se que, existem diferenças apenas entre os estratos de classe média, classe média alta e classe alta, que mereçam ser mencionadas, quais sejam: os homens (33,8%), como as mulheres (38,4%), se concentram na classe média, porém em menor número, se distribuindo também para as classes média alta (7,9%) e alta (3,3%).

Tabela 12

Classe socioeconômica declarada, por sexo

Classe socioeconômica declarada	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Baixa	10	2,1	11	2,3	21	4,4
Média baixa	19	3,9	18	3,7	37	7,7
Média	185	38,4	163	33,8	348	72,2
Média alta	17	3,5	38	7,9	55	11,4
Alta	5	1,0	16	3,3	21	4,4
Total	236	49,0	246	51,0	482	100

Com o objetivo de saber se o dinheiro ganho com o próprio trabalho contribuía nas contas da casa, perguntamos sobre a sua participação na renda familiar. Assim, 83,6% dos entrevistados disseram não contribuir na renda familiar, 14,8% contribuem parcialmente e apenas 1,6% contribuem totalmente.

<sup>12</sup> Como dito anteriormente, utilizamos como um dos critérios de seleção de entrevistados, a classificação socioeconômica disponibilizada em Braga e Peixoto (2006). Entretanto, como pode ser visto na Tabela 11, encontramos diferenças significativas entre os dados de Braga e Peixoto (2006) e os nossos (autodeclaração).

## 5.2. Tratamento dos dados gerados pelas evocações livres

A seguir, encontram-se os quadros resultantes do tratamento realizado pelo software Evoc 2003 para as evocações geradas a partir do termo indutor “aids”.

### 5.2.1. Quadro geral de evocações

Ao todo, os 506 estudantes entrevistados evocaram 2.608 palavras (420 palavras diferentes). As palavras foram distribuídas pelo Evoc 2003 nos quatro quadrantes, utilizando critérios de frequência e ordem média de evocações. Conforme sugerido por Wachelke e Wolter (2011), adotou-se o ponto de corte 3 para a ordem média de evocação (O.M.E.) das 5 palavras evocadas.

A frequência mínima estabelecida foi de 25 ocorrências, valor correspondente a 5% dos sujeitos participantes. Quanto ao corte relativo à frequência para a definição dos quadrantes, fixou-se em 40,32% da proporção de evocações contidas na zona de alta frequência (FI=100). Wachelke e Wolter (2011) recomendam a utilização de uma proporção mínima de 30% das evocações.

A seguir, encontra-se o quadro de quatro casas gerado pelo Evoc para o total de evocações (2608).

Figura 1  
Quadro de quatro casas referente ao termo indutor “aids” (frequência e ordem média de evocação).

		O.M.E. < 3		O.M.E. >= 3	
Freq >= 100	doença	248	2,254	morte	114 3,500
	sexo	173	2,884		
	preconceito	130	2,954		
Freq < 100	camisinha	96	2,625	coquetel	49 3,735
	prevenção	82	1,817	tratamento	47 3,489
	doença sexualmente transmissível/DST	72	2,056	vírus	47 3,489
	medo	66	2,894	cuidado	34 3,029
	incurável	54	2,944	drogas	32 3,719
	sofrimento	52	2,962	descuido	30 3,133
	tristeza	44	3,000	doenças oportunistas	30 3,467
	imunodeficiência	30	2,533	sangue	27 4,037
	preservativo	30	2,600		

Percebe-se que, no quadrante superior esquerdo, como prováveis elementos do núcleo central da Representação Social de aids, encontramos os termos “doença” (F= 248; OME=

2,254), mais citado entre as primeiras palavras evocadas, “preconceito” (F= 130; OME= 2,954) e “sexo” (F= 173; OME=2,884). No quadrante superior direito, encontra-se o termo “morte” (F= 114; OME= 3,500) como único elemento da 1ª periferia. No quadrante inferior esquerdo se encontram os elementos “camisinha” (F=96; OME= 2,625), “doença sexualmente transmissível/DST” (F= 72; OME= 2,056), “imunodeficiência” (F= 30; OME= 2,533), “incurável” (F= 54; OME= 2,944), “medo” (F= 66; OME= 2,894), “preservativo” (F= 30; OME= 2,600), “prevenção” (F= 82; OME= 1,817), “sofrimento” (F= 52; OME= 2,962) e “tristeza” (F= 44; OME=3,000).

No quadrante inferior direito encontram-se os elementos da 2ª periferia, constituída por elementos menos frequentes e menos prontamente evocados. São eles: “coquetel” (F= 49; OME= 3,735), “cuidado” (F= 34; OME= 3,029), “tratamento” (F= 47; OME= 3,489) e “vírus” (F=47; OME= 3,489), entre outros

A seguir, estão os dados gerados pelas evocações das 251 estudantes entrevistadas (1.522 palavras, 271 termos diferentes). Fixou-se a ordem média de evocações em 3, conforme anteriormente indicado e segundo orientações de Wachelke e Wolter (2011). A frequência mínima de 12 foi calculada considerando-se aproximadamente 5% dos sujeitos participantes. O ranking médio foi de 2,48. O corte relativo à frequência foi fixado em 39,82% da proporção de evocações contidas na zona de alta frequência (FI=45).

Figura 2  
Quadro de quatro casas referente ao termo indutor “aids” (frequência e ordem média de evocação), sujeitos do sexo feminino.

		O.M.E. < 3		O.M.E. >= 3	
Freq >= 45	doença	113	2,407		
	preconceito	70	2,914		
	sexo	69	2,797		
	prevenção	53	1,792		
Freq < 44	doença sexualmente transmissível/DST	44	1,955	morte	44 3,795
	camisinha	43	2,884	coquetel	31 3,645
	incurável	34	2,735	sofrimento	23 3,478
	medo	34	2,882	doenças oportunistas	21 3,381
	tristeza	28	2,929	tratamento	21 3,524
	cura	13	2,154	vírus	21 3,571
	imunodeficiência	12	2,167	cuidado	16 3,063
				drogas	15 3,600
				sangue	14 4,143
				descuido	12 3,167

Percebe-se que o quadrante superior esquerdo tem como prováveis elementos do núcleo central os termos “doença” (F= 113; OME= 2,407), “preconceito” (F= 70; OME= 2,914), “sexo” (F= 69; OME= 2,797) e “prevenção” (F= 53; OME= 1,792). O quadrante superior direito não apresentou elementos. No quadrante inferior esquerdo, estão os elementos “doença sexualmente transmissível/DST” (F= 44; OME= 1,955), “camisinha” (F= 43; OME= 2,884), “incurável” (F= 34; OME= 2,735) e “medo” (F= 34; OME= 2,882), entre outros.

No quadrante inferior direito (quarto quadrante), encontramos “morte” (F= 44; OME= 3,795), “coquetel” (F= 31; OME= 3,645), “doenças oportunistas” (F= 21; OME= 3,381), “tratamento” (F= 21; OME= 3,524) e “vírus” (F= 21; OME= 3,571), entre outros.

Na figura 3 estão os dados gerados a partir das evocações do público masculino. Este público é formado por 255 sujeitos e suas evocações geraram um total de 1.588 palavras, sendo 284 diferentes. Calculou-se a frequência mínima em 12 correspondendo a 5% dos sujeitos. A frequência média de evocações teve como ponto de corte a proporção de 38,52% das evocações da zona de alta frequência (FI=47). A ordem média de evocações também foi fixada em 3.

Figura 3

Quadro de quatro casas referente ao termo indutor “aids” (frequência e ordem média de evocação), sujeitos do sexo masculino.

		O.M.E. < 3		O.M.E. >= 3	
Freq >= 47	doença	122	2,131	morte	70 3,314
	sexo	97	2,959		
	preconceito	60	3,000		
	camisinha	53	2,415		
Freq < 46	medo	32	2,906	vírus	26 3,423
	prevenção	29	1,862	tratamento	26 3,462
	sofrimento	29	2,552	incurável	20 3,300
	doença sexualmente transmissível/DST	28	2,214	coquetel	18 3,889
	preservativo	19	2,211	descuido	18 3,111
	imunodeficiência	18	2,778	drogas	17 3,824
				cuidado	17 3,059
				tristeza	16 3,125
				homossexual/gay	16 3,813
				sangue	13 3,923

Entre os prováveis elementos do núcleo central estão os seguintes termos: “doença” (F= 122; OME= 2,131), com maior número de evocações, seguido de “sexo” (F= 97; OME= 2,959), “preconceito” (F= 60; OME= 3,000) e “camisinha” (F= 53; OME= 2,415). Na primeira periferia, quadrante superior direito, aparece o termo “morte” (F= 70; OME= 3,314). Entre os elementos do terceiro quadrante, estão “medo” (F= 32; OME= 2,906), “prevenção” (F= 29;

OME= 1,862), “sofrimento” (F= 29; OME= 2,552), “doença sexualmente transmissível/DST” (F= 28; OME= 2,214), “preservativo” (F= 19; OME= 2,211) e “imunodeficiência” (F=18; OME= 2,778).

No quarto quadrante, encontramos, entre outros, “vírus” (F= 26; OME= 3,423), “tratamento” (F= 26; OME=3,462) e “incurável” (F= 20; OME= 3,300).

### 5.3. Conhecimentos em relação à aids

Perguntados sobre as principais formas de transmissão do HIV conhecidas, os entrevistados indicaram, principalmente, o “sexo” (23,3% das respostas), o “compartilhamento de seringas e materiais perfuro-cortantes” (18,5%) e “transfusão sanguínea ou transplante” (18,2%). Nota-se que “sexo desprotegido” é considerado em 13,1% das respostas dadas (Tabela 13).

Dos participantes que responderam “acidentes com material perfuro-cortante” como forma de transmissão, 61% pertencem ao curso de medicina e 13% ao curso de enfermagem. A “transmissão vertical” também é mais citada pelos estudantes de medicina (49%). Não houve diferenças significativas entre as respostas de homens e mulheres, mantendo-se um equilíbrio aproximado de 50% para cada sexo. Apenas a categoria de “transmissão por acidentes com materiais perfuro-cortantes” foi lembrada majoritariamente por homens (74% das respostas).

Tabela 13  
Formas de transmissão do HIV conhecidas pelos estudantes

Principais formas de transmissão do HIV que conhece	N	%
Sexo	316	23,3
Compartilhamento de seringas e materiais perfurocortantes	251	18,5
Transfusão sanguínea ou transplante	247	18,2
Sexo desprotegido	178	13,1
Contato com sangue e ou fluidos corpóreos	158	11,6
Transmissão vertical	125	9,2
Uso de drogas e remédios injetáveis sem cuidado	44	3,2
Acidentes com material perfuro-cortante	23	1,7
Outros	17	1,3
Total	1359	100

Em relação aos métodos de prevenção conhecidos, das 931 respostas obtidas, o uso do preservativo se mostrou o mais conhecido (52%) tanto entre homens (53,73%) quanto mulheres

(50,53%). O segundo método mais conhecido (27,5%) foi o cuidado com objetos perfurocortantes (como a esterilização e o não compartilhamento), para homens (24,12%) e mulheres (30,74%). O controle público de bancos de sangue, feito através de triagens e exames diagnósticos, foi o terceiro principal método de prevenção citado (6,2%) para mulheres (3,58%) e homens (7,24%). É interessante notar que o controle da sexualidade (2,4%) é citado como uma das formas de prevenção. Embora com baixa frequência (1,3%), ter parceiro de confiança também é citado como um dos métodos de prevenção. A camisinha feminina também surge com baixa frequência (0,5%) (Tabela 14).

Tabela 14  
Métodos de prevenção do HIV/Aids que os estudantes conhecem, por sexo

Principais métodos de prevenção para HIV/Aids que você conhece	Feminina		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Uso de preservativo	240	50,53	245	53,73	485	52,00
Cuidados com materiais perfurocortantes	146	30,74	110	24,12	256	27,50
Controle do banco de sangue	25	5,26	33	7,24	58	6,20
Evitar contato com objetos ou fluidos corporais contaminados	17	3,58	17	3,73	34	3,70
Controle da sexualidade	10	2,11	12	2,63	22	2,40
Parceiro de confiança	5	1,05	7	1,54	12	1,30
Pré-natal	5	1,05	6	1,32	11	1,20
Informação educação conscientização	5	1,05	6	1,32	11	1,20
Teste sanguíneo	6	1,26	2	0,44	8	0,90
Não usar drogas injetáveis	4	0,84	2	0,44	6	0,60
Camisinha feminina	2	0,42	3	0,66	5	0,50
Outras respostas	10	2,11	13	2,85	23	2,50
Total	475	100	456	100	931	100

#### 5.4. Práticas sexuais dos universitários

Os entrevistados foram perguntados se utilizam algum método de prevenção. Entre aqueles que responderam essa questão (n=476), 79,4% disseram que utilizam. Entre as mulheres, 72,65% afirmaram utilizar. Entre os homens, 85,95% (Tabela 15).

Tabela 15  
Estudantes que utilizam e que não utilizam métodos de prevenção, por sexo

Feminino                      Masculino                      Total

Utiliza algum método de prevenção	N		%		N		%	
Sim	170	72,65	208	85,95	378	79,4		
Não	64	27,35	34	14,05	98	20,6		
Total	234	100	242	100	476	100		

Quando perguntados sobre quais métodos utilizam, e com qual frequência, o uso do preservativo (79,4%, n=466) foi o mais citado. Sobre a frequência de utilização: sempre (54,5%), frequentemente (15,3%), raramente (5,1%) e às vezes (4,4%) (Tabela 16).

Tabela 16  
Frequência de utilização dos métodos de prevenção

Métodos de prevenção que utiliza	Frequência									
	Sempre		Frequentemente		Às vezes		Raramente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uso de preservativo	320	54,5	90	15,3	26	4,4	30	5,1	466	79,4
Cuidados com materiais perfurocortantes	55	9,4	6	1,0	14	2,4	4	0,7	79	13,5
Controle da sexualidade	17	2,9	4	0,7	4	0,7	-	-	25	4,3
Parceiro de confiança	2	0,3	1	0,2	-	-	-	-	3	0,5
Teste sanguíneo	-	-	2	0,3	-	-	-	-	2	0,3
Evitar contato com objetos ou fluidos corporais contaminados	1	0,2	1	0,2	-	-	-	-	2	0,3
Informação educação conscientização	2	0,3	-	0,0	-	-	-	-	2	0,3
Outras respostas	1	0,2	3	0,5	2	0,3	2	0,3	8	1,4
Total	398	67,8	107	18,2	46	7,8	36	6,1	587	100

A Tabela a seguir (Tabela 17) mostra os métodos de prevenção utilizados pelos respondentes, segundo o sexo. Entre aqueles que responderam essa questão, percebe-se que os homens declaram mais frequentemente a utilização do preservativo como forma de preservação (80,37%,) do que as mulheres (64,33%). Convém observar que as mulheres declaram que utilizam mais os cuidados com materiais perfurocortantes do que os homens (Feminino= 22,22%, Masculino= 6,16%). Além disso, apesar da baixa frequência, o controle da sexualidade é mencionado por ambos os sexos, e ter um parceiro de confiança como método de prevenção foi mencionado apenas por mulheres.

Tabela 17  
Métodos de prevenção utilizados, por sexo

Métodos de prevenção que utiliza	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Uso de preservativo	220	64,33	352	80,37	572	73,30
Cuidados com materiais perfurocortantes	76	22,22	27	6,16	103	13,20
Controle da sexualidade	26	7,60	39	8,90	65	8,30
Parceiro de confiança	5	1,46	-	-	5	0,60
Evitar contato com objetos ou fluidos corporais contaminados	7	2,05	2	0,46	9	1,20
Informação educação conscientização	2	0,58	6	1,37	8	1,00
Teste sanguíneo	-	-	2	0,46	2	0,30
Controle do banco de sangue	-	-	1	0,23	1	0,10
Não usar drogas injetáveis	2	0,58	2	0,46	4	0,60
Outras respostas	4	1,17	7	1,60	11	1,40
Total	342	100	438	100	780	100

Entre aqueles que declararam a frequência do uso dos métodos de prevenção entre homens (n=313) e mulheres (n=274), percebemos que os homens tiveram maiores índices para os que utilizam o preservativo “sempre” (61,3%) do que as mulheres (46,7%). Eles também o utilizam mais “frequentemente” (18,5%) do que elas (11,7%). Quanto aos cuidados com materiais perfurocortantes, uma porcentagem maior de homens (16,1%) comparado às mulheres (3,5%) declarou tê-los sempre. Por fim, o controle da sexualidade é sempre utilizado por uma porcentagem maior de homens (4,2%) do que de mulheres (3,5%) (Tabelas 18 e 19).

Tabela 18

Frequência de utilização dos métodos de prevenção do sexo feminino *Continua*

Métodos de prevenção que utiliza	Sempre		Frequentemente		Às vezes		Raramente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uso de preservativos	128	46,7	32	11,7	14	5,1	22	8,0	196	71,5
Cuidados com materiais perfurocortantes	44	16,1	6	2,2	6	2,2	4	1,5	60	21,9
Controle da sexualidade	4	1,5	2	0,7	4	1,5	-	-	10	3,6
Parceiro de confiança	2	0,7	1	0,4	-	-	-	-	3	1,1

Tabela 18

Frequência de utilização dos métodos de prevenção do sexo feminino (Continuação)

Métodos de prevenção que utiliza	Sempre		Frequentemente		Às vezes		Raramente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Evitar contato com objetos ou fluidos corporais contaminados	1	0,4	-	-	-	-	-	-	1	0,4
Outras respostas	-	-	-	-	2	0,7	2	0,7	4	1,5
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>65,3</b>	<b>41</b>	<b>15,0</b>	<b>26</b>	<b>9,5</b>	<b>28</b>	<b>10,2</b>	<b>274</b>	<b>100</b>

Tabela 19  
Frequência de utilização dos métodos de prevenção do sexo masculino

Métodos de prevenção que utiliza	Sempre		Frequentemente		Às vezes		Raramente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uso de preservativos	192	61,3	58	18,5	12	3,8	8	2,6	270	86,3
Cuidados com materiais perfurocortantes	11	3,5	-	-	8	2,6	-	-	19	6,1
Controle da sexualidade	13	4,2	2	0,6	-	-	-	-	15	4,8
Informação educação conscientização	2	0,6	-	-	-	-	-	-	2	0,6
Teste sanguíneo	0	-	2	0,6	-	-	-	-	2	0,6
Evitar contato com objetos ou fluidos corporais contaminados	-	-	1	0,3	-	-	-	-	1	0,3
Outras respostas	1	0,3	3	1,0	-	-	-	-	4	1,3
<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>70,0</b>	<b>66</b>	<b>21,1</b>	<b>20</b>	<b>6,4</b>	<b>8</b>	<b>2,6</b>	<b>313</b>	<b>100</b>

A Tabela 20 mostra que 76,14% dos estudantes nunca realizaram o teste de HIV, isto é, apenas 120 realizaram o teste de diagnóstico para o HIV. Das 249 mulheres que responderam essa questão, 81,93% não realizaram o teste. Os homens, mesmo em pequena proporção, realizaram mais o teste do que as mulheres. Dos 254 homens que responderam, 29,53% disseram ter realizado e 70,47% não realizaram.

Tabela 20  
Número de estudantes que realizou e que não realizou o Teste de HIV, por sexo

Teste de HIV	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	45	18,07	75	29,53	120	23,86
Não	204	81,93	179	70,47	383	76,14
<b>Total</b>	<b>249</b>	<b>100</b>	<b>254</b>	<b>100</b>	<b>503</b>	<b>100</b>

De acordo com a Tabela 21, percebemos que, entre os principais motivos para a realização do teste, o mais citado é a transfusão ou doação de sangue em ambos os sexos (F=

25,42%; M=29,89%), seguido do sexo sem preservativo (F= 16,95%; M= 16,09%) e por solicitação médica (F= 15,25%; M= 11,49%).

Tabela 21  
Motivos pelos quais os participantes realizaram o teste de HIV, por sexo

Principais motivos	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Transfusão ou Doação sanguínea	15	25,42	26	29,89	41	28,08
Sexo sem preservativo	10	16,95	14	16,09	24	16,44
A pedido médico	9	15,25	10	11,49	19	13,01
Sexo com desconhecido	7	11,86	10	11,49	17	11,64
Curiosidade	5	8,47	20	22,99	25	17,12
Exigência de trabalho	5	8,47	2	2,30	7	4,79
Outros	8	13,56	5	5,75	13	8,90
Total	59	100	87	100	146	100

Dos participantes que responderam se já tiveram sua primeira relação sexual, a maior parte é do sexo masculino. Entre as mulheres, 67,49% disseram já terem tido relação sexual (Tabela 22).

Tabela 22  
Número de estudantes que já tiveram e que não tiveram relação sexual por sexo

Já teve relação sexual	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	164	67,49	218	86,17	382	77,02
Não	79	32,51	35	13,83	114	22,98
Total	243	100	253	100	496	100

Os homens tiveram sua primeira relação mais cedo do que as mulheres. Dos 221 homens, 13,21% responderam que ela ocorreu entre 13 e 15 anos, e 33,94% entre 16 e 18 anos. Já entre as mulheres, do total de 165, 25,65% disseram que ocorreu entre 16 e 18 anos e 11,14% entre 19 e 22 anos.

Conforme é mostrado na Tabela 23, entre aqueles que declararam (n=379) possuir ou não parceiro sexual fixo atualmente, 57,8% responderam que sim e 42,2% que não possuem. Ao observar esses dados por sexo, percebe-se que a maior parte das mulheres (72,2%) declaram que possuem parceiro fixo, enquanto os homens declaram mais que não possuem (53,3%).

Tabela 23

Número de estudantes que possuem e que não parceiro sexual fixo, por sexo

Possui parceiro sexual fixo	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	117	72,2	102	47,0	219	57,8
Não	45	27,8	115	53,0	160	42,2
Total	162	100	217	100	379	100

Quanto ao uso de preservativos, 191 pessoas responderam que não usam sempre e 190 responderam que sim. Destas últimas 45,34% são mulheres e 51,18% são homens<sup>13</sup>.

Tabela 24

Número de estudantes sempre usam preservativos, por sexo

Sempre usa preservativo	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	73	45,34	117	53,18	190	50,13
Não	88	54,66	103	46,82	191	49,87
Total	161	100	220	100	381	100

Para aqueles que disseram que não usam o preservativo sempre, foi pedido que revelassem a frequência do uso. Essa questão foi respondida por 226 estudantes, 47,8% mulheres e 52,2% homens. Os homens (52,54 %) obtiveram maior número de respostas para “quase sempre” do que as mulheres (33,33%), as quais responderam com maior frequência que utilizam às vezes (25,93%), raramente (20,37%) e nunca (20,37%). Para essas categorias, os homens tiveram escores menores do que as mulheres, sendo que 20,34% responderam que usam o preservativo às vezes, 14,41% raramente e 12,71% nunca.

Tabela 25

Frequência do uso de preservativos, por sexo

Frequência do uso de preservativos	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%

<sup>13</sup> As questões referentes às Tabelas 19 e 24 foram parecidas, porém feitas em diferentes momentos do instrumento e de formas diferentes. Na Tabela 19 perguntamos a frequência numa questão aberta, eles responderam livremente. Na tabela 24 perguntamos diretamente se o sujeito utiliza sempre ou não com apenas duas opções de respostas, sim ou não.

Quase sempre	36	33,33	62	52,54	98	43,40
Às vezes	28	25,93	24	20,34	52	23,00
Raramente	22	20,37	17	14,41	39	17,30
Nunca	22	20,37	15	12,71	37	16,40
Total	108	100	118	100	226	100

Obtivemos um total de 720 respostas sobre os motivos pelos quais os entrevistados não usam preservativos. Percebe-se que o principal motivo entre as mulheres (21,2%) foi “estar com companheiro(a) estável”. Já entre os homens o principal motivo para o não uso foi “não gostar ou não se sentir à vontade para usar” (18,6%), o qual foi o segundo motivo para as mulheres (15,19%). O segundo principal motivo para os homens foi “estar com companheiro(a) estável” (17,5%). Entre homens (14,8%) e mulheres (12,3%) o terceiro motivo foi “não querer usar”. Estes índices foram seguidos de “não ter na hora que precisa” (F=9,7%; M=12,1%), “estar envolvido emocionalmente com o(a) parceiro(a)” (F=8,6%; M=8,6%) e “estar sob efeito de álcool” para homens (8,3%) e “esquecer de usar” para mulheres (7,45%) (Tabela 26).

Tabela 26

Principais motivos declarados para não usar o preservativo, por sexo *Continua*

Principais motivos para não uso do preservativo	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Estar com companheiro(a) estável	74	21,20	65	17,52	139	19,30
Não gostar ou não se sentir a vontade para usar	53	15,19	69	18,60	122	16,90
Não querer usar	43	12,32	55	14,82	98	13,60
Não ter na hora que precisa	34	9,74	45	12,13	79	11,00
Estar envolvido emocionalmente com o(a) parceiro(a)	30	8,60	32	8,63	62	8,60
Esquecer de usar	26	7,45	18	4,85	44	6,10
Para não cortar o clima	22	6,30	17	4,58	39	5,40
Estar sob efeito de álcool	17	4,87	31	8,36	48	6,70
Ter vergonha de comprar	10	2,87	5	1,35	15	2,10

Tabela 26

Principais motivos declarados para não usar o preservativo, por sexo (Continuação)

Principais motivos para não uso do preservativo	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%

Parceiro(a) se recusar a usar	8	2,29	7	1,89	15	2,10
Uso de pílula anticoncepcional	5	1,43	4	1,08	9	1,30
Outros	27	7,74	23	6,20	50	7,10
Total	349	100	371	100	720	100

Ao serem perguntados pelos motivos pelos quais optam por usar o preservativo, 353 estudantes responderam. As principais respostas foram a “proteção contra DSTs/Aids”, com um total de 264 respostas (47,0%), sendo 46,45% homens e 47,62% mulheres. Para prevenir a gravidez foi o segundo motivo que os estudantes citaram como principal, com 40,7% de respostas (F= 43,25%, M= 38,71%). É interessante notar que, mesmo com pouca frequência de respostas (N=10), mais homens (n=8) responderam que utilizam preservativos por causa do(a) parceiro(a) casual.

Tabela 27  
Principais motivos declarados para usar o preservativo, por sexo

Principais motivos para o uso do preservativo	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Proteção contra DSTs/Aids	120	47,62	144	46,45	264	47,00
Prevenir gravidez	109	43,25	120	38,71	229	40,70
Segurança, precaução, proteção	8	3,17	29	9,35	37	6,60
Parceiro(a) casual	2	0,79	8	2,58	10	1,80
Outros	13	5,16	9	2,90	22	3,90
Total	252	100	310	100	562	100

No próximo capítulo será apresentada a discussão dos dados acima expostos. Passaremos agora à discussão desses resultados.

## 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 6.1. Representação social de aids para os jovens universitários

Como vimos, compõem o provável núcleo central da representação de aids para o público de universitários entrevistados os termos “doença”, “preconceito” e “sexo”. Como lembra Abric (2003), o núcleo central se constitui por um consenso baseado na memória coletiva do grupo e por um sistema de normas relativo ao objeto em questão. Por isso, contém elementos históricos, sociológicos e ideológicos (Campos, 2003). Nesse caso, em relação ao termo “doença”, encontramos a própria definição do objeto, como se situa no mundo. O termo “sexo” aparece relacionado prontamente à aids, como uma indicação da transmissão da doença através da via sexual. Já a palavra “preconceito” relaciona-se à experiência vivenciada por quem contrai o vírus da aids, uma consequência psicossocial do contágio.

No segundo quadrante se encontra o termo “morte”, percebida como consequência da doença desde o seu início. Esse termo fez parte do núcleo central da aids há alguns anos para públicos diversos, como observado na pesquisa de Marques, Oliveira e Francisco (2003). Os autores exploraram as representações de aids para servidores de um hospital universitário, em que surgiram termos como morte, medo e sofrimento no primeiro quadrante, mas associados à prevenção. No fim da década de 90, se encontravam no núcleo das representações de aids para jovens em idade escolar os termos morte e sofrimento, associados também a outros elementos como sexo, camisinha e prevenção (Tura, 1998).

Em 2007, Camargo, Barbará e Bertoldo perceberam um interessante movimento dos elementos das representações sociais de aids para jovens em idade escolar. Se no início da década de 90 as representações sociais de aids desse grupo tinham como elementos centrais a morte e a doença, na década de 2000, aparecem novos elementos, como sexo e prevenção. Os autores relacionam essa mudança ao investimento da mídia no tema da prevenção, focada principalmente na via sexual.

Os elementos de contraste observados na Figura 1 mostram, além de cognemas que definem a aids, outros que fizeram parte das representações da doença em distintos contextos, como “medo”, “sofrimento”, “incurável” e “tristeza”. Tais palavras têm um significado negativo, mas aparecem junto de “camisinha”, “preservativo” e “prevenção”. As ideias de prevenção e suas práticas vieram envolvendo as representações de aids desde a década de 90, como podemos observar no estudo feito por Oliveira (2013).

Oliveira (2013) compara os resultados de pesquisas sobre a RS de aids para profissionais de saúde, que utilizaram a técnica das evocações livres desde a década de 1980 até os anos 2000. É interessante notar que, na década de 80 e início de 90, os elementos centrais da representação de aids dos profissionais de saúde eram morte, sofrimento, medo e prevenção. Segundo a autora, seriam elementos característicos das RS de aids que circulavam naquele momento. Além desses, faziam parte das representações as classificações sociais que surgiram antes que as caracterizações médicas sobre a doença tivessem sido definidas. Embora a prevenção já fizesse parte das representações, aparecia junto de outros elementos de cunho negativo e temeroso. Posteriormente, nos anos 90 e início de 2000, elementos da área médica apareciam nas RS de aids, como tratamento, precaução profissional, medicamentos, e aqueles de sentido negativo migraram para as periferias da RS. Esses anos, como já vimos, foram marcados por grande evolução nos tratamentos, investimento em políticas de proteção e prevenção. Entretanto, quando aplicada a técnica em situação de substituição, para verificar a existência de uma zona muda<sup>14</sup>, elementos como medo, preconceito e homossexualidade apareceram no núcleo da representação (Oliveira, 2013).

Já no ano 2000 até o início de 2010, observa-se uma configuração prototípica das representações baseada na percepção da aids como “doença crônica”. Fazem parte do núcleo dessa representação elementos mais arraigados sobre a doença como “preconceito” e “medo”, junto de “tratamento” e “cuidado”. Entre os elementos periféricos observam-se palavras associadas ao tratamento com antirretrovirais e palavras de cunho positivo, como “esperança” e “luta”. O termo morte ainda aparece, porém migrado para a periferia (Oliveira, 2013).

A percepção da aids “positiva”, ou ainda a associação aids-vida, tem sido feita desde meados da década de 90, período no qual campanhas junto de ONG’s divulgavam a ideia de que era possível viver com aids. A luta das ONG’s nesse sentido foi intensa para que se desvinculasse a aids da morte (Paz, 2000; Nascimento, 2005).

Na periferia mais distante da representação de aids para nossos entrevistados, encontramos os termos “coquetel”, “tratamento” e “doenças oportunistas” remetendo à possibilidade do tratamento com antirretrovirais e à palavra também citada “cuidado”. Em contrapartida, tem-se a palavra “descuido”, que também se associa à responsabilização

---

<sup>14</sup> A zona muda é descrita por Menin (2006) como a parte da representação que não pode ser revelada através de métodos comuns de coleta, pois se configuram como elementos contranormativos. Isto é, tais elementos não podem ser ditos de forma explícita, pois não são aceitos socialmente. Assim, Menin (2006) descreve métodos, como a técnica da substituição, utilizados para se revelar a possível zona muda de uma representação.

individual do contágio pelo vírus. Outras ideias do contágio se refletem nas evocações “drogas”, “sangue” e “vírus”.

A análise do quadro de evocações mostrou que a representação social de aids tem incluído em sua periferia a percepção de doença crônica, conforme alguns autores têm mostrado (Gomes et al., 2011, 2012; Oliveira, 2013). Mas, ao mesmo tempo, mantém cognições típicas das representações construídas no início da epidemia. Exemplo disso é a proximidade do termo “morte” do núcleo central. Em alguns casos, os elementos da primeira periferia podem fazer parte do núcleo da representação, o que pode ser verificado a partir de técnicas específicas. Camargo, Barbará e Bertoldo (2007) realizaram um estudo sobre as representações de aids para adolescentes e puderam verificar, através da técnica de conexidade, que alguns dos elementos pertencentes ao núcleo central como “morte”, “doença” e “sexo” tinham papel fundamental na organização da representação. Essas três cognições centrais fizeram parte do significado da doença em outros estudos sobre a representação social de aids, como o de Tura (1998). Os três termos presentes no estudo de Camargo, Barbará e Bertoldo (2007) se relacionavam fortemente com outros elementos centrais, como o “medo”, “preconceito”, “tristeza”, “preservativo” e “drogas”.

No caso do presente estudo, os possíveis elementos centrais “doença”, “preconceito” e “sexo” fazem sentido quando relacionados aos elementos periféricos, como, por exemplo, “doença sexualmente transmissível/DST”, “imunodeficiência”, “incurável”, “tristeza”, “sofrimento”, “preservativo” e “camisinha”. Alguns elementos da segunda periferia também fazem sentido quando relacionados ao elemento periférico “morte”, como “tristeza” “sofrimento” e “medo”. Nota-se, assim, que, em seu conjunto de elementos, a representação social da aids começa a se aproximar do significado de doença que tem tratamento, passível de se viver com ela e de se prevenir, embora mantenha também elementos provenientes da memória coletiva sobre a doença, como “morte”, “medo” e “incurável”.

Recentemente, Galinkin e colaboradores (2012) realizaram uma pesquisa sobre as representações de aids para 201 estudantes universitários de 18 a 24 anos, de ambos os sexos, de quatro diferentes áreas acadêmicas. Nessa pesquisa, o quadro de quatro casas encontrado possui algumas similaridades com o que encontramos. Em relação ao núcleo central, observa-se que os elementos “doença”, “preconceito” e “sexo” coincidem nas representações para os dois públicos. Porém, “morte”, “camisinha”, “prevenção” e “medo”, que surgem como elementos centrais na pesquisa de Galinkin e colaboradores (2012), só irão aparecer na primeira periferia e na zona de contraste em nosso trabalho. Nas periferias e na zona de contraste as

cognições também são similares, como “sofrimento”, “sangue”, “descuido”, “cuidado”, entre outros.

Em resumo, as representações de aids para os jovens universitários de nosso trabalho mostram que, no núcleo central, há elementos que definem a aids como uma “doença”, explicitam seu modo de transmissão mais conhecido, através do “sexo” e envolvem uma das suas consequências, o “preconceito”. Outras consequências se encontram na periferia mais próxima, como a “morte”, e na periferia mais distante, como as “doenças oportunistas”. Na zona de contraste também aparecem duas definições. Uma seria a “imunodeficiência”, terminologia médica largamente difundida pelos veículos midiáticos. Este termo pode também ser mais característico para os estudantes da área da saúde (Enfermagem e Medicina). A outra, “DST”, seria uma definição específica da doença de acordo com o modo de transmissão sexual. Outras vias de transmissão também aparecem, porém na periferia mais distante, como pelo “vírus”, pelo “sangue” e através do uso de “drogas”.

Elementos de sentido negativo aparecem em quase todo o quadro: “preconceito”, no núcleo; “morte”, na primeira periferia; e “incurável”, “medo”, “sofrimento” e “tristeza”, na zona de contraste. O uso de medicação aparece apenas na periferia mais distante com “coquetel”, “tratamento” e “cuidado”, que pode estar relacionado tanto ao tratamento, quanto à prevenção. Esta, por sua vez, aparece na zona de contraste junto do método mais conhecido e difundido de prevenção, a “camisinha” e o “preservativo”.

Percebe-se que a palavra “sexo” é evocada com grande frequência e lembrada nas primeiras evocações. Um dos motivos disso pode se dar pela ampla divulgação dessa via como a principal forma de contágio desde os primeiros casos de aids, como já expusemos. Embora no início da epidemia tenha sido diferente, com um grande índice de contaminação entre usuários de drogas injetáveis, atualmente a maior taxa de transmissão se dá por via sexual, tanto entre o público masculino quanto feminino (Brasil, 2013). Além disso, conforme já exposto, as campanhas de aids no Brasil tiveram basicamente esse enfoque desde seu primeiro lançamento, exceto quando o tema foi a doação de sangue, na década de 1980 (Paz, 2000; Nascimento, 2005).

## **6.2. Representação social de aids para as mulheres e homens universitários**

Para as mulheres, nota-se que no quadrante superior esquerdo da RS de aids se alocam os prováveis elementos do núcleo central, com os termos “doença”, “preconceito”, “prevenção”

e “sexo”. É interessante ressaltar que o termo “prevenção” sai da zona de contraste da RS geral (homens e mulheres) e passa a fazer parte do provável núcleo central para o público feminino. O quadrante superior direito não apresentou elementos. No quadrante inferior esquerdo, estão os elementos similares ao do público geral, exceto pelo aparecimento do cognema “cura”. Há palavras neste quadrante que aparecem para todos os estudantes, mas mudam para as mulheres. “Sofrimento” passa a fazer parte da segunda periferia e “preservativo” é ausente na representação. O termo “sofrimento” torna-se um elemento que representa as idiossincrasias e individualidades da representação das mulheres.

No quadrante inferior direito encontramos palavras também similares às do público geral, entretanto percebemos que o cognema “morte” saiu da primeira periferia e passou a fazer parte da periferia mais distante para as universitárias. Isso ocorre por causa da sua baixa frequência de evocações, fazendo com que se torne um elemento mais contextual da representação. Percebe-se a integração de elementos mais positivos à RS de aids para mulheres em comparação aos homens através do movimento de alguns cognemas. O termo “morte” se torna distante do núcleo, “cura” surge na zona de contraste, “prevenção” passa a integrar o núcleo central e “sofrimento” se afasta para a periferia mais distante. Desse modo, com a “positivação” da representação de aids para as mulheres, possivelmente há uma aproximação da noção de aids à de doença crônica, que traz no núcleo elementos positivos, como a prevenção (Gomes et al., 2011, 2012; Oliveira, 2013).

As representações de aids da população integraram a noção de doença crônica à medida que os medicamentos antirretrovirais foram se tornando cada vez mais acessíveis, principalmente a partir de 1996. Os estudantes investigados não tiveram a experiência da inexistência ou falta de acesso aos medicamentos. Portanto, muitos já nasceram com a disponibilidade dos antirretrovirais. Essa disponibilidade diminuiu drasticamente a mortalidade por causa da aids (Barbosa, 2003; Reis et. al, 2008) e levou à inclusão de elementos que trazem o significado de doença tratável, não letal, nas representações de aids (Narciso & Paulilo, 2001; Feitosa, Lima, Caetano, Andrade & Beserra, 2008; Gomes et al., 2011).

Em comparação ao público feminino<sup>15</sup>, na RS de aids para os homens o termo “prevenção” não aparece no núcleo central da representação, mas surge o elemento “camisinha” nesta zona. A associação da aids com a camisinha somente para esse público pode ter ocorrido pelo fato de ser um método de barreira masculino, utilizado não só como forma de prevenção

---

<sup>15</sup> Os entrevistados se declaram majoritariamente heterossexuais, desse modo trataremos os dados segundo relações heterossexuais.

de DSTs, mas da gravidez indesejada. Marinho (2000) encontrou estudos evidenciando que a camisinha, desde seu surgimento, esteve mais ligada à prevenção de doenças do que à gravidez indesejada<sup>16</sup>. A contracepção, por sua vez, ficava, e pode-se dizer que ainda fica, sob responsabilidade da mulher, que historicamente tem utilizado instrumentos variados para tal (Marinho, 2000; Meyer, Santos, Oliveira & Wilhelms 2004). A partir da década de 1960, o controle da mulher sobre a concepção se concretiza com o uso de anticoncepcionais. Esse fato promoveu ao mesmo tempo uma libertação e uma responsabilização individual da mulher pela gravidez indesejada (Bozon, 2004).

Por fim, na zona de contraste para os homens reaparece o termo “preservativo”, sendo menos frequente do que o elemento central “camisinha”. O cognema “morte” reaparece na primeira periferia e “sofrimento” na zona de contraste. Em relação às mulheres, “incurável” e “tristeza” migram da zona de contraste para a segunda periferia tornando-se, para os homens, elementos menos frequentes e menos importantes. O termo “cura” desaparece da representação como um todo, assim como “doenças oportunistas”. Em contrapartida, o elemento “homossexual/gay” surge na periferia mais distante. Os elementos de cunho afetivo “medo”, “sofrimento” e “tristeza” aparecem tanto para homens quanto para mulheres e se relacionam com a parte emocional que a doença evoca. As relações com os objetos sociais ameaçadores são normalmente pautadas também por elementos emocionais que traduzem o modo como o grupo lida com a ameaça. Além disso, a afetividade faz parte do processo de formação das representações sobre um novo objeto (Joffe, 1999).

Em relação ao aparecimento do termo “homossexual/gay”, elementos que se referem à homossexualidade masculina estiveram presentes nas representações dos grupos mais atingidos desde o aparecimento da aids. Conforme já expusemos, no início da epidemia a doença foi associada à homossexualidade sem que se verificassem outras variáveis de contaminação. Em outros trabalhos, o termo “homossexual” ainda aparece no núcleo da RS de aids para determinados públicos em situação de substituição, conforme mostrou Oliveira (2013). Galinkin e colaboradores (2012) também mostraram a presença do termo homossexual na periferia mais distante para universitários. Entretanto, nesta última pesquisa, os dados qualitativos mostraram que a contaminação estava ligada à “promiscuidade” e não às práticas homossexuais.

---

<sup>16</sup> Segundo a autora, há vestígios do uso da camisinha desde as civilizações antigas e apenas em 1564 houve o primeiro registro do seu uso. O italiano Fallopio descobriu nesse ano, que um envoltório de linho poderia ser usado no pênis durante a relação sexual. Isso impediria a contaminação por sífilis. As mulheres utilizavam tampões e outros instrumentos que impedissem a concepção.

Em nosso caso, a homossexualidade, enquanto elemento específico do público masculino, pode ter surgido por ser um elemento mais presente no discurso cotidiano masculino do que no feminino. Por isso, é possível que seja uma particularidade desse grupo, já que ser ou não ser homossexual é uma questão essencial para a constituição da identidade masculina (Simões & Facchini, 2009; Parker, 1991).

Em relação ao cognema “camisinha”, a utilização do preservativo e seu manuseio foram largamente reforçados pela mídia no início das campanhas de aids, sempre associados ao homem. Antes da aids na década de 1980, pouco ou nada se falava sobre o preservativo, e o papel da mídia em sua divulgação foi fundamental (Paz, 2000).

A camisinha foi sendo divulgada de diferentes modos ao longo de duas décadas até o início dos anos 2000. Nas primeiras campanhas da década de 1980 utilizava-se o termo “camisa de vênus”, que logo foi substituído pela terminologia mais conhecida “camisinha”. A veiculação do termo no diminutivo contribuiu para que a identidade médica dos termos “condom”, “camisa de vênus” ou ainda “preservativo” se diluísse. No início das campanhas, o uso da camisinha esteve intimamente associado à promiscuidade e ao conhecimento prévio ou não do(a) parceiro(a) sexual, sendo este um critério ainda válido para a época. Com o tempo, a divulgação do seu uso foi se associando a uma diversidade de contextos e à tentativa de “desidentificação” com um grupo específico de pessoas “contamináveis”. Hoje a camisinha aparece sem grandes explanações nas campanhas, se tornando um ícone óbvio de prevenção (Paz, 2000). Além disso, conforme expusemos, os públicos-alvo das campanhas são escolhidos segundo as taxas epidemiológicas.

A camisinha passou por uma evolução do modo como foi divulgada, a fim de que se tornasse cada vez mais conhecida e parte do cotidiano da população, o que foi marcado por algumas particularidades. Uma muito importante para esse trabalho foi o incentivo midiático para que as mulheres começassem a levar a camisinha em suas bolsas, na tentativa de que ela se transformasse em mais um ícone indispensável de se carregar. Esse processo de naturalização do seu uso envolve o modo como a população lida com a própria sexualidade. Por exemplo, as campanhas e o discurso médico transmitem a mensagem de que o uso do preservativo deveria ser constante, com qualquer parceiro ou parceira. Entretanto, ainda no final da década de 1990, tinha-se a imagem pública da camisinha associada à promiscuidade sexual, e o não uso perpassava principalmente pela ideia da confiança no parceiro (Marinho, 2000). Assim, o grande desafio é que a camisinha adentre a complexidade de um relacionamento conjugal, no qual se pressupõe que haja confiança e fidelidade.

Outro ponto importante é que o preservativo feminino não chega a fazer parte da representação por vários motivos. A existência do preservativo feminino não pressupôs seu uso, nem sua distribuição, nem tampouco a divulgação maciça, como foi feito com o preservativo masculino. Além disso, a camisinha feminina só começou a ser distribuída no final da década de 1990 (Paz, 2000).

A seguir passaremos para a discussão dos resultados que mostram os conhecimentos e as práticas sexuais dos jovens universitários entrevistados.

### **6.3. Conhecimentos e práticas sobre a aids**

Entre as formas de transmissão mais conhecidas pelos jovens universitários percebemos que “sexo” aparece em primeiro lugar. A preponderância do ato sexual está de acordo com o que encontramos no núcleo central nas representações sociais de aids de todo o grupo. “Sexo desprotegido”, também citado, pode se relacionar com alguns elementos da representação, como a camisinha, o preservativo, a prevenção, o descuido e o vírus. Conhecimentos sobre as formas de transmissão mais voltadas para o saber médico, como material perfuro-cortante e transmissão vertical, foram mais citados pelos alunos dos cursos da área da saúde.

Em relação à prevenção, o preservativo foi mencionado como o método mais conhecido tanto para homens quanto para mulheres. Esse método também aparece nas representações de ambos os sexos. Cuidados com materiais perfurocortantes, controle do banco de sangue e evitar contato com objetos e fluidos corporais contaminados também foram lembrados de forma similar por homens e mulheres. Estas formas de prevenção fazem sentido quando comparadas a elementos representacionais como cuidado, descuido e sangue. Tais elementos se situam na periferia mais distante de ambas representações e fazem parte das particularidades que o grupo apresenta.

O “controle da sexualidade” como forma de prevenção é lembrado por pessoas de ambos os sexos. Essa categoria inclui a diminuição de parceiros sexuais, sexualidade controlada e evitar a promiscuidade. O método ter “parceiro de confiança” é citado pelos participantes e inclui itens como: parceiro estável e parceiro conhecido. O controle da sexualidade não aparece nas representações de aids, mas se relaciona com cognemas como a prevenção e principalmente cuidado/descuido que são responsabilizações individuais pela contaminação. Já a confiança no parceiro se relaciona com o uso ou não uso do preservativo/camisinha, termos também presentes na representação de aids. O termo “camisinha” só aparece no núcleo central para o

público masculino, e preservativo nem chega a fazer parte das representações de aids para as mulheres.

Entretanto, ambos os sexos citam o preservativo como método mais conhecido e utilizado com a maior frequência. Percebemos que quase 80% de 476 estudantes disseram utilizar métodos de prevenção, restando 20% de pessoas que não utilizam (principalmente mulheres). De forma diferente, Coelho e colaboradores (2012, agosto) observaram em seu estudo que menos da metade dos homens e mulheres universitários disseram utilizar o preservativo em todas as relações sexuais nos últimos meses.

Notamos a importância do preservativo pela frequência do seu uso. A maior parte dos entrevistados respondeu utiliza-lo sempre. O uso frequente é também elevado e há mais alunos que declaram usar raramente do que aqueles que utilizam somente às vezes. O controle da sexualidade também aparece em menor número.

Ao relacionar o uso dos métodos de prevenção com os sexos percebe-se uma diferença significativa no uso de preservativos. Há um número maior número de homens que declara utilizar o preservativo e, quanto à frequência, eles também declaram em maior número que o utilizam sempre e frequentemente. Isso pode estar relacionado também ao fato de “camisinha” estar presente apenas no provável núcleo central da representação de aids apenas para os homens. O uso do controle da sexualidade é declarado por ambos os sexos e o parceiro de confiança apenas por mulheres.

Controlar a sexualidade está pautado em ter um baixo número de parceiros, o que é cobrado socialmente para uma constituição positiva, ou ainda íntegra, da identidade feminina. Segundo Barbosa (1993), com o advento da aids, a sexualidade passou a ser discutida em público, fazendo com que se trouxesse à tona e se reforçasse algumas normas sociais. Por exemplo, a sexualidade feminina esteve relacionada ou à assexualidade ou à procriação, e, portanto, à sua fidelidade ao parceiro sexual. O sexo fora desses ditames, historicamente, fez com que as mulheres fossem classificadas como “más moças”. A medicina também associou a sexualidade feminina ou à reprodução ou à prostituição, ambas problemáticas aos olhos dessa ciência (Barbosa, 1993).

Além disso, a assimetria de gênero presente em muitas relações dificulta a negociação do uso da camisinha. Tal assimetria é caracterizada pelo baixo poder decisório da mulher em questões importantes, como a prevenção do HIV. A questão de gênero faz parte do rol de quesitos avaliados na perspectiva da vulnerabilidade ao HIV. Estão envolvidas condições materiais de acesso a serviços de saúde, a informações e também condições culturais, como a

opressão vivida pelas mulheres. Estes são itens importantes para se compreender o nível de vulnerabilidade em que se encontra determinada parte da população.

No caso dos jovens estudados, a classe social ao qual declaram pertencer é majoritariamente a classe média<sup>17</sup>, sendo que mais homens se declaram pertencer às classes média alta e alta do que mulheres. É importante ressaltar que a questão da renda está relacionada a um “conjunto de condições individuais e coletivas, sociais, culturais e políticas, que aumentam ou diminuem as chances que elas/es têm para se defender da doença” (Meyer, Santos, Oliveira & Wilhelms, 2004, p. 63). Assim, a classe social não seria, para a maioria dos estudantes entrevistados, um fator que os coloque em situação de vulnerabilidade, o que também foi ressaltado por Bezerra e colaboradores (2012). Em outras palavras, o acesso a todo o cenário que envolve a prevenção à aids parece existir para o público estudado.

Desse modo, algumas práticas relatadas pelos universitários estão imersas em contextos que envolvem variáveis como gênero e classe social. Outros estudos também relatam algumas lógicas semelhantes às aquelas encontradas nesta investigação. Lima e Oltramari (2006) mostraram que, em contexto universitário, as mulheres utilizam mais contraceptivos orais do que preservativos com parceiro fixo e os homens utilizam preservativos apenas em relações casuais. As pessoas de ambos os sexos relataram não utilizar o preservativo baseando-se na confiança no parceiro. Isso pressupõe que o não uso do preservativo é adotado em relações que adquirem um patamar diferente das relações casuais. A partir disso, seu uso é tomado com estranhamento, pois se coloca em risco a garantia da fidelidade.

Essa lógica pela qual perpassam as relações conjugais na prevenção à aids é explorada por Giacomozzi e Camargo (2003). O espaço de casa e tudo que se relaciona ao privado, inclusive a sexualidade, é tido como seguro em relação ao espaço da rua, como as relações casuais ou extraconjugais. Um estudo mais recente, com homens e mulheres que se encontravam em relações conjugais, também corrobora essa afirmativa. Nas representações sobre aids desse público está presente a dicotomia conhecido-seguro e desconhecido-inseguro, a qual permanece nas relações sexuais permeando a prevenção (Oltramari & Camargo, 2010).

Em outra pesquisa sobre as representações sociais de aids entre universitários (Boery, Boery & Silva, 2009) percebeu-se que eles têm o conhecimento da importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais. Entretanto, sua adesão é baixa principalmente entre as mulheres e entre aqueles(as) que possuem parceira(o) fixa(o) ou relacionamento estável.

---

<sup>17</sup> Alguns cursos variam ligeiramente com o número de alunos que se declaram pertencer às classes média baixa e média alta.

Nota-se que a percepção da própria vulnerabilidade está vinculada, assim, à confiança no parceiro; quanto mais se confia menos vulneráveis os universitários se sentem. Esta lógica é destacada principalmente pelas mulheres (Santos et al., 2009). Isso também foi constatado no estudo sobre a vulnerabilidade de jovens universitários de Bezerra e colaboradores (2012), em que as práticas em relação ao HIV indicavam que os jovens se consideravam pouco vulneráveis ao contágio. Percebeu-se um baixo uso de preservativos na última relação, o que é justificado pelos estudantes pelo uso do anticoncepcional, pela confiança no parceiro e por significados negativos atribuídos ao preservativo.

Nosso estudo também constatou que mais da metade dos entrevistados não realizou o teste de sorologia para HIV. O teste de HIV também é pouco realizado pelos jovens investigados em nosso estudo. Apenas 45 homens e 75 mulheres realizaram o teste, revelando que talvez os outros entrevistados não se considerem vulneráveis, ou não consideram que seus comportamentos os exponham ao risco. Os motivos principais para aqueles que realizaram o teste foi a transfusão ou doação de sangue, sexo sem preservativos, a pedido médico e sexo com desconhecido. Entre os homens, um número considerável realizou por curiosidade. Isso significa que o sexo, ainda que casual, não foi considerado como algo que os impulsionasse a realizar o teste. Alguns homens realizaram o teste por curiosidade, mostrando de algum modo pensaram estar expostos ao risco de contágio, sem um motivo aparente. Desse modo, a percepção da própria vulnerabilidade parece ser bastante pequena.

Entre os nossos entrevistados, mais homens do que mulheres já tiveram a primeira relação sexual. Porém, os homens possuem parceiro(a) sexual fixo(a) em menor número do que as mulheres. Isso pode ter influenciado na escolha do uso de preservativo por mais homens do que mulheres. Estas, por sua vez, estão em maior número em um relacionamento estável, e podem estar utilizando o critério da confiança no parceiro para se prevenirem. Esse quadro é observado quando perguntamos diretamente se os participantes utilizavam sempre o preservativo: mais da metade das mulheres responderam que não usam sempre, ao contrário dos homens que responderam majoritariamente utilizar sempre. Essa divisão resulta na porcentagem quase igualitária entre os participantes que usam e que não usam o preservativo sempre. Adicionalmente, os homens foram os que mais responderam que usam quase sempre e as mulheres sobressaíram nas outras frequências, principalmente naquela relativa aos que não usam nunca.

A divergência de respostas entre a pergunta geral sobre os métodos de prevenção e a pergunta que se refere diretamente ao preservativo pode ter se dado pelo seguimento de

perguntas que o questionário possui (Anexo D). A primeira delas se dá logo no início da série de perguntas sobre conhecimentos e práticas sexuais, a segunda se dá depois que os participantes já responderam algumas questões sobre seus hábitos sexuais e principalmente logo após terem respondido se possuem parceiro sexual fixo. Desconfiamos que, na segunda vez que perguntamos, possivelmente os universitários tenham associado o uso do preservativo ao seu parceiro sexual fixo. De forma não contraditória, mas de acordo com representações e práticas que expuseram, na primeira pergunta eles muito provavelmente responderam associando o uso do preservativo com parceiros sexuais casuais. Portanto, responderam que usam sempre nessas ocasiões, já que é uma das principais em que cogitam utilizar. Esta lógica está refletida nos dados a seguir.

Percebemos que entre os principais motivos para as mulheres não utilizarem o preservativo estão: estar com companheiro estável, e não gostar ou não se sentir à vontade para usar. Para os homens, esse último seria o principal motivo, seguido de estar com companhia estável. Observa-se também que não ter na hora que precisa e estar envolvido emocionalmente são fatores indicados com alta frequência para ambos os sexos. Para os homens, estar sob efeito do álcool foi mais apontado do que entre as mulheres. É interessante notar que a camisinha está mais associada às DSTs do que à gravidez indesejada, como indicado ao responderem por que a utilizam. Além disso, ter uma parceira casual é mais citado por homens como motivo para o uso.

Percebe-se que a dimensão utilitária do preservativo na prevenção, de determinada forma, é eficaz para os universitários. Pois, para eles, seus hábitos sexuais são seguros: eles utilizam o preservativo quando querem evitar gravidez e para evitar a contaminação com parceiras(os) casuais. É nas(os) parceiras(os) casuais que se encontra o perigo, mostrando novamente que está contida em suas representações a dicotomia casa-conhecido/seguro e rua-desconhecido/inseguro.

Isso está de acordo com os achados de Marinho (2000), que entende que o uso da camisinha, num âmbito mais simbólico, tem como funções a contracepção e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Portanto, em torno do preservativo algumas construções simbólicas foram se fortalecendo, baseadas nas práticas dominantes, socialmente aceitas. Neste sentido, a camisinha está relegada a um lugar negativo ou marginal. Isso ocorre pelo fato de que nela está objetivado o questionamento da fidelidade. Para Marinho (2000), a aids explicitou uma das contradições do modelo monogâmico em que vivemos, no qual nem sempre acreditamos. Segundo esse modelo hegemônico, dentro do relacionamento estável não há

comportamentos de risco, fazendo com que as pessoas não se sintam pertencentes aos grupos de pessoas que se contaminam. O preservativo começou a fazer parte desta lógica por causa da aids, mostrando as falhas e contradições que este modelo possui.

Os achados de Marinho (2000) explicitam uma lógica que está refletida nas representações dos jovens universitários sobre a aids, lembrando que as representações relacionam-se a práticas. Nesse sentido, a fidelidade e a confiança parecem ser critérios bastante pertinentes para o uso do preservativo. O preservativo tem um significado peculiar nas relações dos jovens investigados e está imbricado numa rede de significados extremamente importante para compreendermos o seu uso. Segundo Lopes (2003), o imaginário social construído em seu entorno foi de imoralidade, pois a contracepção não era vista com bons olhos<sup>18</sup>. Desde que o preservativo surgiu esteve associado à anticoncepção e à transgressão de normas sociais. Nos anos de 1960, segundo Lopes (2003), a defesa do amor livre buscou a dissolução de valores normativos em relação à sexualidade, principalmente da mulher, pois, a partir do momento em que o sexo começou a se desvincular da função reprodutiva, a dicotomia feminina entre ser santa ou ser prostituta também foi colocada em pauta. Segundo Bozon (2004), na década de 1960, os métodos contraceptivos são direcionados à mulher, ficando, portanto, sob seu controle. Neste sentido, o sexo, anteriormente relegado ao casamento, começou a ser socialmente aceito fora dele.

A partir do exposto acima, é possível concluir que a aids ainda é considerada, pelos jovens entrevistados, uma doença que não atinge o grupo ao qual pertencem. Nesta lógica, a sua imunidade ao contágio está assegurada na confiança no(a) parceiro(a) estável. Além disso, eles, majoritariamente, asseguram utilizar preservativos sempre, mas com parceiros casuais. Isso, por si só, garante que estejam protegidos da contaminação. Os elementos presentes na representação social de homens e mulheres sobre a aids, como preconceito, medo, sofrimento, morte e tristeza, quando relacionados às suas práticas sociais, parecem não dizer respeito a si mesmos, mas a um grupo externo. Esta dinâmica pode ser compreendida através da Teoria das Representações Sociais.

É importante lembrar que, historicamente, novas doenças como a aids foram associadas a grupos estrangeiros e marginais, ou seja, grupos aos quais a população excluía. Joffe (1999) relata que, em diferentes contextos, grupos marginalizados tornam-se grupos “depositários” de mazelas sociais. Para a autora, no núcleo dessas representações de aids, certamente se

---

<sup>18</sup> No século XIX, médicos defendiam que a contracepção era prejudicial à saúde, causando sérias consequências, desde a esterilidade em mulheres até a deterioração mental em homens.

encontrava “o outro” como elemento principal. Geralmente também é encontrado no núcleo o termo medo, que é acionado diante de objetos sociais desconhecidos. Em nosso caso, o medo aparece na representação de aids para homens e mulheres na zona de contraste. Os universitários nasceram num mundo onde a aids já existia. Portanto, o objeto não é completamente desconhecido. Todavia, a aids é desconhecida na medida em que não há implicação do próprio grupo com ela. Estão implicados com a aids os grupos externos. Os dados nos indicam que, possivelmente, o grupo externo depositário do perigo da contaminação seria principalmente as pessoas que não usam camisinha com parceiros desconhecidos.

Essa lógica defende o próprio grupo de uma possível ameaça, deixando-o num lugar de conforto e tranquilidade, já que a responsabilidade pela mazela é do outro. Nesta perspectiva, a responsabilidade de contrair a aids é tida como uma escolha individual. A responsabilidade do cuidado aparece nesta dinâmica. A escolha das práticas corretas concerne aos membros do grupo. Desse modo, as práticas do grupo externo não condizem com o que o grupo interno estabeleceu para sua própria defesa. Os membros do grupo interno só serão atingidos pela mazela se adotarem as práticas ameaçadoras: transar sem camisinha com um desconhecido. Joffe (1999) esclarece que todo grupo possui a referência de um grupo externo onde deposita problemas e tensões com as quais tem dificuldades para lidar. Nesta perspectiva, novamente faz sentido pensar na dicotomia casa-seguro e rua-inseguro. Esse conjunto de práticas adotadas pelo grupo interno é chamada por Joffe (1999) de “práticas puras”, que, através de valores hegemônicos, mantêm a imunidade do grupo. Segundo Abric (2000), a representação que o grupo tem de si é permeada por características que lhe asseguram uma imagem positiva.

Em complemento ao exposto acima, interessa-nos também expor que as práticas relacionadas às representações de aids apresentadas nesta pesquisa são compartilhadas pelos membros do grupo investigado. O compartilhamento se dá inclusive entre homens e mulheres, perceptível ao visualizarmos os núcleos das representações. Estes são compostos por doença, preconceito e sexo, diferenciando apenas na inclusão da camisinha para homens e prevenção para mulheres. Esse núcleo, além de ser compartilhado, não é negociável. Por isso, é possível que haja o aparecimento de outras crenças e elementos que dizem respeito ao grupo no contexto atual. Neste sentido, a mudança, de acordo com o momento histórico, com a classe, gênero, entre outras variáveis, torna-se possível nas representações de aids (Campos & Loureiro, 2003).

Na perspectiva do compartilhamento de elementos centrais das representações, Moscovi (2012) expressou a ideia do princípio do equilíbrio. A partir desse princípio, se busca uma coerência interna individual e grupal, ou seja, há uma tendência ao equilíbrio dentro de um

universo de opções que se excluem. Ao se optar por um posicionamento, se exclui outras opções que se contrapõem ao escolhido. Isso faz com que se esteja dentro de uma classificação que se diferencia em aspectos importantes de outras. Esse princípio, segundo Moscovici (2012), faz parte do processo de identificação e pertencimento a um grupo que compartilha um universo de classificações cognitivas. O compartilhamento garante a identidade e estabilidade de um grupo social, pois conforma uma série de crenças produzidas no coletivo e determinadas historicamente (Abric, 2003). Nesta perspectiva, a representação carrega valores importantes sobre o objeto, mais precisamente no núcleo central. Nota-se que, mesmo que a maior parte dos universitários não tenha relações face-a-face, eles compartilham valores semelhantes e de igual importância. Seus valores estão arraigados em crenças construídas num determinado tempo histórico, social e cultural e estão, conseqüentemente, localizados segundo estes parâmetros. Assim, podem se comunicar, trocar informações, avaliar e agir em relação ao objeto aids.

De acordo com a perspectiva de Abric (2003), pode se concluir que o compartilhamento dos valores das representações de aids apresentadas nesse trabalho se dá basicamente pela comunhão dos elementos do núcleo central e se individualizam nas diferenças encontradas no sistema periférico. As representações de aids estão, assim, forjadas num consenso embora carreguem as diferenças individuais. Isso denota a importância da memória social na construção de novas representações, as quais utilizam saberes já consolidados para a integração desse novo objeto, saberes que servem, por sua vez, para a defesa da identidade do grupo (Joffe, 1999).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados dessa pesquisa mostraram que as representações de aids para a juventude universitária muito se assemelham com as representações de outros públicos já estudados nos anos 2000, seja de pessoas mais jovens ou de adultos sexualmente ativos. Encontramos significados similares que envolvem em grande parte as relações conjugais e a percepção da própria vulnerabilidade. Se as pessoas estão em um relacionamento estável, que envolva principalmente a confiança, pressupõe-se que haja fidelidade, e que nenhum dos parceiros irá trazer a aids para o ambiente “seguro” da casa. É interessante como o fenômeno da aids tratou de desnudar as lógicas dos relacionamentos e de todo o âmbito da sexualidade. Ao que parece, no cotidiano, pouco nos damos conta de que essas lógicas existem e que elas nos atingem diretamente de diferentes modos, muitas vezes prejudiciais à nossa saúde.

A prevenção foi envolvida neste amálgama de valores e normas sexuais como formas de proteção da nossa identidade social. Identidade que está pautada fortemente na nossa sexualidade e nas escolhas dos nossos parceiros sexuais. Compreendo, a partir desse trabalho, que as perguntas “com quem”, “quando” e “como” se imbricam fortemente nos comportamentos sexuais dos universitários. Os valores que estão pautados nessas escolhas são compartilhados por outros grupos, através das gerações, da memória social e transmitidos através das comunicações. Ou seja, como a própria investigação mostra, não são valores que surgiram nesse ou desse grupo. Percebemos que, historicamente, o modo como lidamos com a sexualidade foi marcado por várias mudanças importantes. Dessa forma, são valores que vêm sendo mantidos, ainda que com algumas singularidades, adaptações, identificações e ressignificações que muito nos interessam.

Entendo que a manutenção desses valores é importante, por um lado, para a própria constituição da nossa identidade. Os modos como nos situamos no mundo, agimos e pensamos só são possíveis pela transmissão de pontos importantes nessa constituição. Entretanto, penso que não podemos nos contentar com a simples manutenção de normas sociais sem momentos reflexivos de como elas nos atingem, ou influenciam na nossa vida cotidiana. Esse trabalho tem como intenção fazer parte de um conjunto que busca tornar claras algumas lógicas naturalizadas e pouco problematizadas. Isso não quer dizer que esta pesquisa está finalizada, ou ainda que atingimos esse objetivo por completo. Trata-se de uma longa jornada, em que se pretende compreender e vislumbrar cada vez mais como as normas sociais, que regem nossas representações e que mantêm hábitos prejudiciais, podem ocasionar problemas de saúde pública.

Percebemos que em nosso trabalho há diversos pontos ainda a serem desenvolvidos, como perscrutar as práticas sexuais dos universitários e identificar quais grupos eles consideram mais vulneráveis ao contágio em comparação a si mesmos. Alguns trabalhos científicos já desenvolveram a técnica, de perguntar como seus colegas agem e como pensam em relação à aids. Essa seria uma possibilidade para a realização de trabalhos posteriores. Também não trabalhamos com os cursos separadamente, pois não observamos nesse tratamento de dados diferenças significativas. Entretanto, em próximos trabalhos, poderemos investigar cada curso e suas nuances de forma minuciosa.

Concluimos, novamente, que este não é um trabalho finalizado, mas uma exploração de um campo que permite uma série de outras investigações, as quais podem enfatizar um ou outro critério que utilizamos. São alguns deles: gênero, classe social, curso, tipo de relação sexual, entre tantas outras possibilidades que poderão surgir.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abric, J. C. (2000). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.), Estudos Interdisciplinares de Representação Social (2a ed, pp. 27-38). Goiânia: AB.

Abric, J. C. (Org.). (2001). Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán.

Andrade, T. M. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 16(12), 4665-4674. Recuperado em 16 de Dezembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-81232011001300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-81232011001300015).

Arraes, C. O., Palos, M. A. P., Barbosa, M. A., Teles, S. A., Souza, M. M. & Matos, M. A. (2013). Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids entre adolescentes do sexo masculino: representações sociais em assentamento da reforma agrária. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Forthcoming, 01-08. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, <http://ref.scielo.org/6b3tvv>.

Arruda, A. (2002). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. Cad. Pesqui., 117, 127-147.

Ayres, J. R. C. M. (1996). O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. In D. Tozzi et al. (Orgs.), Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS (pp. 15-24). São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação.

Barbará, A., Sachetti, V., & Crepaldi, M. (2005). Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. Interação em Psicologia, 9(2), 331-339. Recuperado em julho 16, 2012, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/4783/3670>.

Barbosa Júnior, A., Szwarcwald, C. L., Pascom, A. R. P. & Souza Júnior, P. B. (2009). Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil: 1980-2004. Cadernos de Saúde Pública, 25(4), 727-737. Recuperado em 18 de Dezembro, 2013, de [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000400003&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-311X2009000400003](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400003&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-311X2009000400003).

Barbosa, R. H. S. (1993). AIDS, Gênero e Reprodução. Revistas Estudos Feministas, 2(1), 418-422. Recuperado em julho 16, 2012, de <http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/08112009-054715barbosa.pdf>.

Barbosa, R. M. (2003). Um olhar de gênero sobre a epidemia de AIDS. In E. Berquó. (Org.), Sexo e Vida - panorama da saúde reprodutiva no Brasil (pp. 339-389). Campinas: Editora Unicamp.

Barbosa, S. P., Silva, N. S. R., Cordeiro, L. P. (2009) Conhecimento e comportamento sobre dst/aids entre acadêmicos do curso de Enfermagem do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais. Revista Enfermagem Integrada, 2(1), 126-138. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de [http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2/Larissa\\_cordeira\\_Nayara\\_silva\\_e\\_Simone\\_barbosa.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2/Larissa_cordeira_Nayara_silva_e_Simone_barbosa.pdf).

Bardin, L. (2001). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

Bassols, A. M. S., Boni, R., & Pechansky, F. (2010). Alcohol, drugs, and risky sexual behavior are related to HIV infection in female adolescents. Revista Brasileira de Psiquiatria, 32(4), 361-368. Recuperado em 19 de Dezembro, 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462010000400008&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000400008&lng=en&tlng=en). 10.1590/S1516-44462010000400008.

Bastos, G. I. (2006). Aids na Terceira Década. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Bauer, M. W. (2002) Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In M. W. Bauer & G. Gaskell (org.), Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático (pp. 189-217) Petrópolis: vozes.

Bellenzani, R., Santos, A. O. & Paiva, V. (2012). Agentes comunitárias de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na estratégia saúde da família. Saúde e Sociedade, 21(3), 637-650. Recuperado em 19 de dezembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000300010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300010&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S0104-12902012000300010.

Bezerra, E. O., Chaves, A. C. P., Pereira, M. L. D. & Melo, F. R. G. (2012). Análise da Vulnerabilidade Sexual de Estudantes Universitários ao Hiv/Aids. Rev Rene., 13(5), 1121-31. Recuperado em 20 de Dezembro de 2013, de <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1167/pdf>.

Bousfield, A. B. S. & Camargo, B. V. (2011). Divulgação do conhecimento científico sobre aids e representações sociais. Acta Colombiana de Psicología, 14(1), 31-45. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79822602004>.

Bozon, M. (2004). Sociologia da sexualidade. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

Braga, M. M. & Peixoto, M. C. L. (2006). Censo socioeconômico e étnico dos estudantes de graduação da UFMG. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Brasil (2003, junho). Informe Saúde. Boletim Semanal da Assessoria de Comunicação Social. (214), ano VII. Brasília: Ministério da Saúde. . Recuperado em 20 de junho de 2012, de <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe214.pdf>

Brasil. (2010a). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids e DST - 2010. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 20 de junho, 2012, de <http://www.aids.gov.br/publicacao/2010/boletim-epidemiologico-aids-2010>.

Brasil. (2010b). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Tabulação de dados. Dados de AIDS no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Recuperado em 20 de junho, 2012, de [http://www2.aids.gov.br/final/dados/dados\\_aids.asp](http://www2.aids.gov.br/final/dados/dados_aids.asp).

Brasil. (2012a). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids e DST - 2012. Brasília: Ministério da Saúde, Recuperado em 20 de novembro, 2013, de <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>.

Brasil. (2012b). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Sistema de Informação. Sistemas de Vigilância. Brasília: Ministério da Saúde, Recuperado em 20 de novembro, 2013, de <http://www.aids.gov.br/node/365>.

Brasil. (2013). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids e DST - 2013. Brasília: Ministério da Saúde, Recuperado em 20 de novembro, 2013, de <http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2013>.

Camargo, B. V., Barbará, A., & Bertoldo, R. B. (2007). Concepção pragmática e científica dos adolescentes sobre a AIDS. Psicologia em Estudo, 12(2), 277-284. Recuperado em 14 de janeiro de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722007000200008&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200008&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1413-73722007000200008.

Camargo, B. V., Bertoldo, R. B., Barbará, A. (2009). Representações sociais da AIDS e alteridade. Estudos e Pesquisas em Psicologia, 9(3), 710-723. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de <http://www.revispsi.uerj.br/v9n3/artigos/pdf/v9n3a11.pdf>.

Camargo, B. & Wachelke, J. (2010). Social Representation Systems: aging, aids & the body. Papers on Social Representations, 19, 21.1-21.21. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de <http://www.psych.lse.ac.uk/psr/>.

Camargo, B. V., Giacomozzi, A. I., Wachelke, J. F. R. & Aguiar, A. (2010). Vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/Aids. Estudos de Psicologia, 27(3), 343-354. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, <http://ref.scielo.org/7v5f5h>.

Camargo Junior, K. (1993). A construção da AIDS: racionalidade médica e estruturação das doenças. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de <http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/camargokrd.pdf>.

Campos, P. H. F & Loureiro, M. C. S. (2003). Apresentação. In P. H. F. Campos & M. C. S. Loureiro (Orgs.). Representações Sociais e Práticas Educativas. (pp. 11-17). Goiânia: Editora UCG.

Castro, R. V. (2010). Prefácio. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos e Z. A. Trindade (Orgs.), Teoria das Representações Sociais: 50 anos (pp. 5-12). Brasília: Technopolitik.

Cano, M. A. T., Zaia J. E., Neves, F. R. A. & Neves, L. A. S. (2007). O conhecimento de jovens universitários sobre AIDS e sua prevenção. Revista Eletrônica de Enfermagem, 9(3), 748-758. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a14.htm>.

Ceccarelli P. R. & Franco S. (2010). Homossexualidade: verdades e mitos. Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades, 07(5), 119-129. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de [http://ceccarelli.psc.br/pt/?page\\_id=142](http://ceccarelli.psc.br/pt/?page_id=142).

Coelho, M. T. A. D., Santos, V. P., Pontes, M. P. & Sá, B. V. (2012, Giacomozzi) Informações sobre o HIV/Aids e o comportamento de estudantes universitários. Trabalho completo. Anais do VI Congresso Internacional de Estudos sobre a Diversidade Sexual e de Gênero, Salvador, Bahia. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/8724>.

Coelho, R. F., Souto, T. G., Soares, L. R., Lacerda, L. C. M. & Matão, M. E. L. (2011). Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids entre adolescentes e jovens de escolas públicas estaduais da região oeste de Goiânia. Rev. patol. Trop., 40(1), 56-66. Recuperado em 18 de Dezembro, 2013, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=592375&indexSearch=ID>.

Damasceno, D. O., Moura, F. M. J. S. P., Nery, I. S., Batista, O. M. A., Araújo, O. D. & Moura, L. J. S. P. (2009). Representações sociais das dst/aids elaboradas por gestantes. Texto Contexto Enferm., 18(1), 116-23. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de <http://ref.scielo.org/pyh9tk>.

Daniel, H. & Parker, R. (1991). A terceira epidemia: o exercício da solidariedade. In H. Daniel & R. Parker. Aids, a terceira epidemia: ensaios e tentativas (pp.13-30). São Paulo: Iglu.

Daniel, H. (1991a). A aids é um tigre de papel higiênico. In H. Daniel, R. Parker. Aids, a terceira epidemia: ensaios e tentativas (pp. 81-101).São Paulo: Iglu.

Daniel, H. (1991b). A síndrome de nossos dias. In H. Daniel & R. Parker. Aids, a terceira epidemia: ensaios e tentativas (pp. 115-123). São Paulo: Iglu.

Daniel, H. (1991c). Aids no Brasil: a falência dos modelos. In H. Daniel, R. Parker. Aids, a terceira epidemia: ensaios e tentativas (pp. 31-52). São Paulo: Iglu. Parker

Dias, F. L. A., Silva, K. L, Vieira, N. F. C., Pinheiro, P. N. C. & Maia, C. (2010). Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. Rev. enferm. UERJ, 18(3), 456-461. Recuperado em 18 de Dezembro, 2013, de <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a21.pdf>.

Feitosa, A. C., Lima, H. J. A., Caetano, J. A., Andrade, L. M., & Beserra, E. P. (2008). Terapia anti-retroviral: fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS. Escola Anna Nery, 12(3), 515-521. Recuperado em 30 de janeiro de, 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000300018&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000300018&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1414-81452008000300018.

Galinkin, A., Seidl, E., Barbosa, B. & Magalhães, R. (2012). Representações sociais acerca da AIDS e percepção de risco da infecção entre estudantes universitários. Tempus Actas De Saúde Coletiva, 6(3), 51-66. Recuperado em 11 de novembro de 2012, de <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1155>.

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

Giacomozzi, A. I. & Camargo, B. V. (2003). Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. Psicologia: teoria e prática, 1(6), 31-44. Recuperado em 03 de janeiro de 2014, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872004000100003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000100003&lng=pt&tlng=pt).

Giacomozzi, A. I. & Camargo, B. V. (2011). Vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e caucasianos em relação ao hiv/sida. Psicologia, Saúde & Doenças, 12 (1), 143-160. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862011000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862011000100010&script=sci_arttext).

Gomes, A. M. T., Silva, E. M. P., & Oliveira, D. C. (2011). Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19(3), 485-492. Recuperado em 11 de novembro de 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01041692011000300006&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692011000300006&lng=en&tlng=pt).<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300006>.

Gomes, A. M. T., Oliveira, D. C., Santos, E. I., Santo, C. C. E., Valois, B. R. G. & Pontes, A. P. M. (2012). As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. Escola Anna Nery, 16(1), 111-120. Recuperado em 28 de janeiro de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000100015&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100015&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1414-81452012000100015.

Guerra, C. P. P., & Seidl, E. M. F. (2010). Adesão em HIV/AIDS: estudo com adolescentes e seus cuidadores primários. Psicologia em Estudo, 15(4), 781-789. Recuperado em 19 de dezembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722010000400014&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000400014&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S1413-73722010000400014.

Jeolás, L. S. (1999) Os jovens e o imaginário da AIDS. Serviço Social em Revista. 2(1), [s.p.]. Recuperado em 04 de novembro, 2012, de [http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v2n1\\_aids.htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v2n1_aids.htm).

Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet, (Org.), As representações sociais (pp. 17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ.

Joffe, H. (1999). “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs), Textos em representações sociais (p. 297-323). 5.ed. Petrópolis: Vozes.

Koerich, M. S., Baggio M. A., Backes M. T. S., Backes D. S., Carvalho J. N., Meirelles B. H. S., Erdman A. L. (2010). Sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e contracepção: atuação da enfermagem com jovens de periferia. Rev. enferm., 18(2), 265-271. Recuperado em 18 de Dezembro, 2013, de <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a17.pdf>.

Lima, C. A. & Oltramari, L. C. (2006). Aids, gênero e conjugalidade: um estudo sobre a percepção de risco para estudantes universitários. Linhas – UDESC, 7(1), [s.p.]. Recuperado em 03 de janeiro de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722011000400017&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-37722011000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000400017&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-37722011000400017)

Lopes, N. A. (2003). História da Medicina – Saúde Sexual e Reprodutiva: A História do Preservativo!. Sexualidade e Planejamento Familiar, (37), 31-33. Recuperado em 31 de janeiro de 2014, de [http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/revista\\_37.pdf](http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/revista_37.pdf)

Mann, J., Tarantola D. J. N. & Netter, T. W. (Orgs.). (1993a). A AIDS no Mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ.

Mann, J., Tarantola D. J. N. & Netter, T. W. (1993b). Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIH e AIDS. In J. Mann, D. J. N. Tarantola & T. W. Netter (Orgs.), A AIDS no Mundo (pp. 273-300). Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ.

Marinho, M. B. (2000). Entre o funcional e o lúdico: a camisinha nas campanhas de prevenção da aids. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 4(6), 103-110. Recuperado em 30 de janeiro de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832000000100008&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1414-32832000000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100008&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1414-32832000000100008).

Marques, M. C. C. (2003). A história de uma epidemia moderna: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. São Carlos: RiMa, Maringá : EDUEM.

Marques, S. C.; Oliveira, D. C.; Francisco, M. T. R. (2003). Abordagem estrutural das representações sociais sobre a AIDS entre os servidores de um hospital universitário. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Agosto-Sin mes, 186-195.

Marques, S. C., Tyrrell, M. A. R. & Oliveira, D. C. (2009). Imagens e significados da Aids entre usuárias dos serviços da rede básica de saúde do município do Rio de Janeiro.

Psicologia: Teoria e Prática, 11(3), 97-113. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2228/1993>.

Menin, M. S. S. (2006). Representação social e estereótipo: a zona muda das representações sociais. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22(1), 43-51. Recuperado em 25 de janeiro de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722006000100006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722006000100006&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S0102-37722006000100006.

Meyer, D. E. E, Mello, D. F., Valadão, M. M. & Ayres, J. R. C. M. (2006). "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cadernos de Saúde Pública, 22(6), 1335-1342. Recuperado em Dezembro 16, 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600022&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600022&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0102-311X2006000600022.

Meyer, E. D., Santos, L. H. S., Oliveira, D. L. & Wilhelms, D. M. (2004). 'Mulher sem-vergonha' e 'traidor responsável': problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. Revista Estudos Feministas, 51-76. Recuperado em 3 de janeiro de 2014, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38112204>.

Morais, P. B. & Amorim, R. F. (2011). Políticas públicas de saúde e campanhas de prevenção à aids: resgatando algumas controvérsias enfrentadas nas décadas de 1980 e 1990. Tempo da Ciência, 35(18), 95-113. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de [http://projetos.unioeste.br/pos/media/File/ciencias\\_sociais/TEMPO%20DA%20CIENCIA%2035%201%20sem\\_%202011.pdf#page=95](http://projetos.unioeste.br/pos/media/File/ciencias_sociais/TEMPO%20DA%20CIENCIA%2035%201%20sem_%202011.pdf#page=95).

Moreira, A. (2012). A homossexualidade no Brasil no século XIX. Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades, 7(6), 253-280. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de <http://incubadora.ufrn.br/index.php/Bagoas/article/view/435/361>.

Moscovici, S. (1978). A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar.

Moscovici, S. (2003). Representações Sociais: investigações em Psicologia Social. Petrópolis: Editora Vozes.

Moscovici, S. (2012). A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes.

Nascimento, D. R. (2005). As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, B. V. (2000). Psicologia social, representações sociais e métodos. Temas em Psicologia da SBP, 8, 287-299.

Narciso, A. M. S. & Paulilo, M. A. S. (2001). Adesão e AIDS: alguns fatores intervenientes. Serviço Social em Revista, 1(4), 27-43. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de <http://www.ssrevista.uel.br/n1v4.pdf>.

Nardi, M. (2005). Os estudantes universitários e a Aids : o que aponta a produção nacional de 1980 a 2003. Dissertação de mestrado, Faculdade de Educação, Universidade

Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de [http://www.umc.br/\\_imgs/XV\\_congresso/artigos/Raquel%20de%20Souza%20Santos.pdf](http://www.umc.br/_imgs/XV_congresso/artigos/Raquel%20de%20Souza%20Santos.pdf).

Natividade, J. C. & Camargo, B. V. (2011). Representações sociais, conhecimento científico e fontes de informação sobre aids. Paidéia, 21(49), 165-174. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/04.pdf>.

Natividade, J. C. & Camargo, B. V. (2012). Elementos da Representação Social da Aids Agrupados em Dimensões: Uma Técnica Estrutural. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 28(2), 193-195. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, <http://ref.scielo.org/vg48dk>.

Oliveira, D. C., Marques, S. C., Gomes, M. T. & Teixeira, M. C. T. V. (2005). Análise de evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno, & S. M. Nóbrega (Eds.), Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais (pp.573-603). João Pessoa, UFPB.

Oliveira, D. C., Costa, T. L., Gomes, A. M. T., Acioli, S., Formozo, G. A, Heringer, A., & Giami, A. (2006). Análise da produção de conhecimento sobre o HIV/AIDS em resumos de artigos em periódicos brasileiros de enfermagem, no período de 1980 a 2005. Texto & Contexto - Enfermagem, 15(4), 654-662. Recuperado em 12 de novembro de 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072006000400014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072006000400014&script=sci_abstract&tlng=pt)

Oliveira D. C., Formozo G. A., Gomes A. M. T., Acioli S., Marques, S. C., Costa T. L. & Heringer, A. (2007). A produção de conhecimento sobre HIV/AIDS no campo da teoria de representações sociais em 25 anos da epidemia. Rev. Eletr. Enf. 9(3), 821-834. Recuperado em 12 de novembro de 2012, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a21.htm>.

Oliveira, D. C., Pontes, A. P. M., Gomes, A. M. T. & Ribeiro, M. C. M. (2009). Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. Esc Anna Nery Rev Enferm, 13(4), 833-41. . Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de <http://ref.scielo.org/k9cvgk>.

Oliveira, L. L., Negra, M. D., & Nogueira-Martins, M. C. F (2012). Projetos de vida de adultos jovens portadores de HIV por transmissão vertical: estudo exploratório com usuários de um ambulatório de infectologia. Saúde e Sociedade, 21(4), 928-939. Recuperado em 19 de dezembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000400012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400012&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S0104-12902012000400012.

Oliveira, D. C. (2013). Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21, 276-286. Recuperado em 25 de Janeiro de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000700034&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700034&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0104-11692013000700034.

Oltramari, L. C. & Camargo, B. V. (2010). AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. Psicologia em Estudo, 15(2), 275-283. Recuperado em 04

de fevereiro de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722010000200006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000200006&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S1413-73722010000200006

Paiva, V., Calazans, G., Venturi, G & Dias, R. (2008). Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. Revista de Saúde Pública, 42(1), 45-53. Recuperado em 19 de dezembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000800007&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800007&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S0034-89102008000800007

Parker, R. (1991). O americano quando cai no samba ou a cultura sexual brasileira e a aids. In H. Daniel, R. Parker, Aids, a terceira epidemia: ensaios e tentativas (pp. 53-80). São Paulo: Iglu.

Parker, R., Bastos, C., Galvão, J. & Pedrosa, J. S. (1994). Introdução. In R. Parker, C. Bastos, J. Galvão & J. S. Pedrosa (Orgs). Aids no Brasil (1982-1992) (pp 13-58), História Social da Aids (2). Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, UERJ.

Parker, R. (2009). Unintended consequences: evaluating the impact of HIV and AIDS on sexuality research and policy debates. Cadernos de Saúde Pública, 25(2), Recuperado em 17 de Dezembro, 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001400007&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400007&lng=en&tlng=en). 10.1590/S0102-311X2009001400007.

Paz, J. A. (2000). AIDS Anunciada. Dissertação de mestrado, Faculdade de Comunicação, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Puglisi, M. L. & Franco, B. (2003). Análise de conteúdo. Brasília: Plano Editora.

Quintas, P. M. P. (2008). Heteronormatividade no contexto dos cuidados de saúde: Atitudes dos Profissionais de Enfermagem em Razão da Orientação Sexual do Utente. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina Da Universidade Do Porto, Porto, Portugal. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22021/3/FMUP%20%20V%20Curso%20de%20Mestrado%20em%20Biotica%20%20Dissertao%20de%20Pedro%20Quintas.pdf>.

Rebello, L. E. F. S. & Gomes, R (2009). Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. Ciência & Saúde Coletiva, 14(2), 653-660. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000200034&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200034&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1413-81232009000200034.

Rebello, L. E. F. S. & Gomes, R. (2012). Qual é a sua atitude?: Narrativas de homens jovens universitários sobre os cuidados preventivos com a AIDS. Saúde e Sociedade, 21(4), 916-927. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000400011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400011&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S0104-12902012000400011.

Reis, C. T., Czeresnia, D., Barcellos, C., e Tassinari, W. S. (2008). A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. Cadernos de Saúde Pública, 24(6), 1219-1228. Recuperado em 17 de Dezembro, 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000600003&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600003&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0102-311X2008000600003.

Rouquette, M-L. (2000). Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.), Estudos Interdisciplinares de Representação Social (2a ed, pp. 27-38). Goiânia: AB.

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

Sampaio, J., Santos, R. C., Callou, J. L. L., & Souza, B. B. C.. (2011). Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. Saúde e Sociedade, 20(1), 171-181. Recuperado em 19 de Dezembro, 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000100019&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100019&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0104-12902011000100019.

Sant'Anna, M. J. C., Carvalho, K. A. M., Passarelli, M. L. B. & Coates, V. (2008). Comportamento sexual entre jovens universitários. Adolesc Saude, 5(2), 52-56. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=62#](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=62#).

Santos, N.A., Rebouças, L. C. C., Boery, R. N. O., Boery, E. N. & Silva, S. S. (2009). Adesão de universitários ao uso dos preservativos. Rev.Saúde.Com, 5(2), 116-127. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de <http://www.uesb.br/revista/rsc/v5/v5n2.htm>.

Sousa, J. H. M. & Paiva, M. S. (2012) Representações sociais da AIDS entre jovens universitários: traçando a vulnerabilidade a partir das relações de gênero. Diálogos & Ciência, 10(30), 165-169. Recuperado em 20 de dezembro de 2013, de [http://dialogos.ftc.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=316&Itemid=1](http://dialogos.ftc.br/index.php?option=com_content&task=view&id=316&Itemid=1).

Simões, J. A. & Facchini, R. (2009). Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

Sontag, S. (1989). Aids e suas Metáforas. São Paulo: Companhia das Letras.

Souza, M. R. (1994). Políticas Implícitas e Explícitas no Combate e Prevenção do HIV e AIDS. In R. Parker, C. Bastos, J. Galvão & J. S. Pedrosa (Orgs.). Aids no Brasil (1982-1992) (pp 331- 340), História Social da Aids (2). Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, UERJ.

Szwarcwald, C. L., Bastos, F. I., Esteves, M. A. P. & Andrade, C. L. T. (2000). A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. Cadernos de Saúde Pública, 16(1), pp. 07-19. Recuperado em 17 de dezembro, 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000700002&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700002&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0102-311X2000000700002.

Tura, L. F. R. (1998). Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. In D. Jodelet, M. C. Madeira (Orgs.). Aids e representações sociais: à busca de sentidos (pp.121-154). Natal: EDUFRRN.

Umaña, S. A. (2002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Costa Rica: FLACSO - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

UNAIDS. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. (2010). Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva. Recuperado em 20 junho, 2012, de [http://www.unaids.org/globalreport/Epi\\_slides.htm](http://www.unaids.org/globalreport/Epi_slides.htm).

UNAIDS. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. (2012a). Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva. Recuperado em 04 novembro, 2013, de [http://www.unaids.org.br/sobre\\_aids/sobre\\_aids.asp](http://www.unaids.org.br/sobre_aids/sobre_aids.asp).

UNAIDS. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. (2012b). Report on the Global AIDS Epidemic. Country progress reports - 2012. Brazil. Geneva. Recuperado em 04 novembro, 2013, de <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/brazil/>.

UNAIDS. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. (2013). Resources. Press Center. Update. Geneva. Recuperado em 04 novembro de 2013, de <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2013/october/20131018brazil/>.


United States Government. (2013). Department of Health & Human Services. HIV/AIDS Basics. Aids timeline. Recuperado em 16 de dezembro de 2013, de <http://aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/aids-timeline/>.

Vala, J. (2001). Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. Psicologia Social. In J. Vala, M. B. Monteiro, Psicologia Social (6 ed., pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Wachelke, J., & Wolter, R. (2011). Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 27(4), 521-526. Recuperado em 03 de janeiro de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722011000400017&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000400017&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0102-37722011000400017.

## 9. ANEXOS

### 9.1. Anexo A - Folha de Aprovação do Coep

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</b>	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>	
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>	
<b>Título da Pesquisa:</b> AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AIDS PARA JOVENS UNIVERSITÁRIOS DE BELO HORIZONTE- MG	
<b>Pesquisador:</b> Adriano Roberto Afonso do Nascimento	
<b>Área Temática:</b>	
<b>Versão:</b> 1	
<b>CAAE:</b> 09292113.2.0000.5149	
<b>Instituição Proponente:</b> PRO REITORIA DE PESQUISA ((UFMG))	
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio	
<b>DADOS DO PARECER</b>	
<b>Número do Parecer:</b> 203.407	
<b>Data da Relatoria:</b> 20/02/2013	
<b>Apresentação do Projeto:</b>	
<p>O projeto visa Investigar as Representações Sociais de AIDS, prevenção e saúde sexual para jovens universitários da UFMG. Investigar relações possíveis entre tais representações e práticas sexuais que trazem a condição de vulnerabilidade à contaminação do vírus da AIDS. Coletar o material através da Técnica de Associação Livre de Palavras e do uso de questionários semi-estruturados. Utilizar conceitos de vulnerabilidade, prevenção e sua relação com as práticas sexuais da juventude universitária para uma melhor compreensão dos significados sociais que envolvem a saúde sexual e a possível vulnerabilidade desse grupo.</p>	
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>	
Identificar e descrever a estrutura da representação social de AIDS, com seus elementos centrais e periféricos, para jovens universitários de diferentes áreas de concentração da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).Objetivo Secundário:	
a) Identificar e descrever se e como, segundo os entrevistados, as representações sociais de AIDS se relacionam com suas práticas sexuais; b) Identificar e descrever se e como, segundo os entrevistados, as representações sociais de AIDS se relacionam com a prevenção e sua	
saúde sexual; c) Identificar e descrever a avaliação dos entrevistados acerca das campanhas governamentais de prevenção ao contágio da AIDS.	

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: possibilidade de constrangimento ao responder os questionários sobre práticas sexuais, prevenção e saúde sexual; está previsto atendimento psicológico caso seja detectada a necessidade durante as entrevistas.

Benefícios: não há benefícios diretos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O trabalho tem abrangência local e pode resultar em informações úteis para futuras políticas comunitárias na UFMG.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Anuências das unidades.

TCLE possui as informações necessárias e formatação aceitável.

Parecer do departamento.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

SMJ sou pela aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 22 de Fevereiro de 2013

---

**Assinador por:**

**Maria Teresa Marques Amaral  
(Coordenador)**

## 9.2. Anexo B – Anuências para realização da pesquisa nas Unidades Acadêmicas



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Belo Horizonte, 09 de novembro de 2012

### Solicitação de anuência para realização de pesquisa

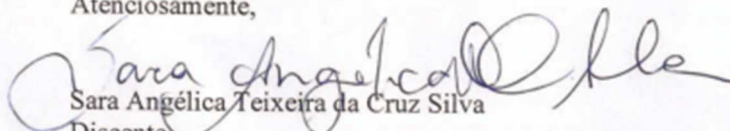
Prezado Sr. Professor Dr. Francisco José Penna, Diretor da Faculdade de Medicina/UFMG,

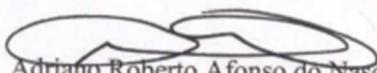
vimos, através desta, solicitar anuência para a realização de coleta de dados referente à investigação **“As Representações Sociais sobre AIDS para Jovens Universitários de Belo Horizonte- MG”**, por nós conduzida e vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFMG (mestrado). São objetivos específicos da investigação Dentre os objetivos específicos estão: a) Identificar e descrever se e como, segundo os entrevistados, as representações sociais de AIDS se relacionam com suas práticas sexuais; b) Identificar e descrever se e como, segundo os entrevistados, as representações sociais de AIDS se relacionam com a prevenção e sua saúde sexual; c) Identificar e descrever a avaliação dos entrevistados acerca das campanhas governamentais de prevenção ao contágio da AIDS; d) Oferecer subsídios para o possível desenvolvimento de políticas públicas voltadas à juventude com escolaridade universitária. Pretendemos coletar os dados para esta investigação junto a 80 estudantes dessa Faculdade. Esclarecemos que o a pesquisa só se realizará com parecer favorável do COEP/UFMG.

Estamos à disposição para o esclarecimento de eventuais questões que o senhor considerar pertinentes.

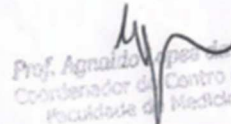
Antecipamos nossos agradecimentos.

Atenciosamente,

  
Sara Angélica Teixeira da Cruz Silva  
Discente  
PPG-PSI/UFMG


  
Adriano Roberto Afonso do Nascimento  
Docente-orientador  
PPG-PSI/UFMG

*De acordo,*

  
Prof. Agnaldo Lopes da Silva Filho  
Coordenador do Centro de Pesquisa  
Faculdade de Medicina/UFMG

*De acordo*



  
Francisco José Penna  
Diretor da UFMG

  
Alameda Kelys Pereira  
Coordenadora do Colegiado de  
Pós-Graduação em Psicologia/UFMG



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Belo Horizonte, 09 de novembro de 2012

### Solicitação de anuência para realização de pesquisa

Prezado Professora Samira Zaidan, diretora da Faculdade de Educação, da Universidade Federal de Minas Gerais,

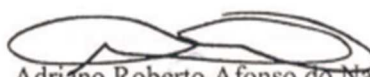
vimos, através desta, solicitar anuência para a realização de coleta de dados referente à investigação **“As Representações Sociais Sobre AIDS Para Jovens Universitários De Belo Horizonte- MG”**, por nós conduzida e vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFMG (mestrado). São objetivos específicos da investigação: a) Identificar e descrever se e como, segundo os entrevistados, as representações sociais de AIDS se relacionam com suas práticas sexuais; b) Identificar e descrever se e como, segundo os entrevistados, as representações sociais de AIDS se relacionam com a prevenção e sua saúde sexual; c) Identificar e descrever a avaliação dos entrevistados acerca das campanhas governamentais de prevenção ao contágio da AIDS; d) Oferecer subsídios para o possível desenvolvimento de políticas públicas voltadas à juventude com escolaridade universitária. Pretendemos coletar os dados para esta investigação junto a 80 estudantes dessa Faculdade com apoio formal das professoras **Regina Celia Campos e Inês A. Castro Teixeira** na realização da coleta. Esclarecemos que a pesquisa só poderá ser realizada com parecer favorável do COEP/UFMG.

Estamos à disposição para o esclarecimento de eventuais questões que o senhor considerar pertinentes.

Antecipamos nossos agradecimentos.

Atenciosamente,

  
Sara Angélica Teixeira da Cruz Silva  
Discente  
PPG-PSI/UFMG

  
Adriano Roberto Afonso do Nascimento  
Docente-orientador  
PPG-PSI/UFMG

*Ciente,*  
*Autorizado*  
*Samira Zaidan*  
Prof<sup>a</sup> Samira Zaidan  
Diretora da Faculdade de Educação / UFMG  
em 05/05/2010



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Belo Horizonte, 09 de novembro de 2012

### Solicitação de anuência para realização de pesquisa

Prezada Professora Maria Imaculada de Fátima Freitas, diretora da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais,

vimos, através desta, solicitar anuência para a realização de coleta de dados referente à investigação **"As Representações Sociais sobre AIDS para Jovens Universitários de Belo Horizonte- MG"**, por nós conduzida e vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFMG (mestrado). São objetivos específicos da investigação Dentre os objetivos específicos estão: a) Identificar e descrever se e como, segundo os entrevistados, as representações sociais de AIDS se relacionam com suas práticas sexuais; b) Identificar e descrever se e como, segundo os entrevistados, as representações sociais de AIDS se relacionam com a prevenção e sua saúde sexual; c) Identificar e descrever a avaliação dos entrevistados acerca das campanhas governamentais de prevenção ao contágio da AIDS; d) Oferecer subsídios para o possível desenvolvimento de políticas públicas voltadas à juventude com escolaridade universitária. Pretendemos coletar os dados para esta investigação junto a 80 estudantes dessa Faculdade. Esclarecemos que o a pesquisa só se realizará com parecer favorável do COEP/UFMG.

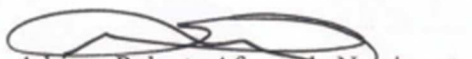
Estamos à disposição para o esclarecimento de eventuais questões que o senhor considerar pertinentes.

Antecipamos nossos agradecimentos.

Atenciosamente,

  
Sara Angélica Teixeira da Cruz Silva

Discente  
PPG-PSI/UFMG

  
Adriano Roberto Afonso do Nascimento  
Docente-orientador  
PPG-PSI/UFMG

*De acordo,*  
*M. Freitas*  
Profª Maria Imaculada de F. Freitas  
Diretora da Esc. Enfermagem/UFMG  
Parecer nº 5.509 de 30/03/2010  
07/11/2012



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Belo Horizonte, 09 de novembro de 2012

### Solicitação de anuência para realização de pesquisa

Prezada Professora Amanda Flávio de Oliveira, diretora da Faculdade de Direito, da Universidade Federal de Minas Gerais,


vimos, através desta, solicitar anuência para a realização de coleta de dados referente à investigação **“As Representações Sociais sobre AIDS para Jovens Universitários de Belo Horizonte- MG”**, por nós conduzida e vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFMG (mestrado). São objetivos específicos da investigação Dentre os objetivos específicos estão: a) Identificar e descrever se e como, segundo os entrevistados, as representações sociais de AIDS se relacionam com suas práticas sexuais; b) Identificar e descrever se e como, segundo os entrevistados, as representações sociais de AIDS se relacionam com a prevenção e sua saúde sexual; c) Identificar e descrever a avaliação dos entrevistados acerca das campanhas governamentais de prevenção ao contágio da AIDS; d) Oferecer subsídios para o possível desenvolvimento de políticas públicas voltadas à juventude com escolaridade universitária. Pretendemos coletar os dados para esta investigação junto a 80 estudantes dessa Faculdade. Esclarecemos que o a pesquisa só se realizará com parecer favorável do COEP/UFMG.

Estamos à disposição para o esclarecimento de eventuais questões que o senhor considerar pertinentes.

Antecipamos nossos agradecimentos.

Atenciosamente,

  
Sara Angélica Teixeira da Cruz Silva  
Discente  
PPG-PSI/UFMG

  
Adriano Roberto Afonso do Nascimento  
Docente-orientador  
PPG-PSI/UFMG

Faculdade de Direito da UFMG

Gabinete da Diretoria

Processo N°: 0285 - 07/11/2012 - GAB

Recebido por: Aline



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Belo Horizonte, 09 de novembro de 2012

### Solicitação de anuência para realização de pesquisa

Prezado Professor Antônio Otávio Fernandes, diretor do Instituto de Ciências Exatas – ICEX, da Universidade Federal de Minas Gerais,

vimos, através desta, solicitar anuência para a realização de coleta de dados referente à investigação **“As Representações Sociais sobre AIDS para Jovens Universitários de Belo Horizonte- MG”**, por nós conduzida e vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFMG (mestrado). São objetivos específicos da investigação Dentre os objetivos específicos estão: a) Identificar e descrever se e como, segundo os entrevistados, as representações sociais de AIDS se relacionam com suas práticas sexuais; b) Identificar e descrever se e como, segundo os entrevistados, as representações sociais de AIDS se relacionam com a prevenção e sua saúde sexual; c) Identificar e descrever a avaliação dos entrevistados acerca das campanhas governamentais de prevenção ao contágio da AIDS; d) Oferecer subsídios para o possível desenvolvimento de políticas públicas voltadas à juventude com escolaridade universitária. Pretendemos coletar os dados para esta investigação junto a 80 estudantes dessa Faculdade. Esclarecemos que o a pesquisa só se realizará com parecer favorável do COEP/UFMG.

Estamos à disposição para o esclarecimento de eventuais questões que o senhor considerar pertinentes.

Antecipamos nossos agradecimentos.

Atenciosamente,

Sara Angélica Teixeira da Cruz Silva  
Discente  
PPG-PSI/UFMG

Adriano Roberto Afonso do Nascimento  
Docente-orientador  
PPG-PSI/UFMG

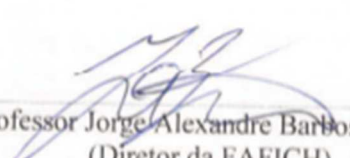
*AutORIZADO A  
Realizar Pesquisa junto  
AO ICEX  
19/11/12*

*Prof. Antônio Otávio Fernandes  
Diretor do ICEX  
Portaria nº 202*

## Carta de Anuência

Belo Horizonte, 15 de outubro de 2012

Pelo presente, o diretor da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da Universidade Federal de Minas Gerais, Professor Jorge Alexandre Barbosa Neves, após conhecimento e aprovação, autoriza a realização do projeto de Mestrado intitulado **“As Representações Sociais sobre AIDS para Jovens Universitários de Belo Horizonte-MG”** a ser realizado nesta unidade com início após a aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.



---

Professor Jorge Alexandre Barbosa Neves  
(Diretor da FAFICH)

*Prof. Jorge Alexandre Barbosa Neves*  
Diretor da Faculdade de  
Filosofia e Ciências Humanas

### 9.3. Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa:** As Representações Sociais Sobre Aids para Jovens Universitários de Belo Horizonte-MG

**Pesquisador responsável:** Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento. Tel.: (31) 3409-6278

**Pesquisador auxiliar:** Sara Angélica Teixeira da Cruz Silva. Tel.: (31) 9516-7288. Email: sarangelicapsi@gmail.com

**Instituição responsável:** Departamento de Psicologia/Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/Universidade Federal de Minas Gerais.

**Contatos:** a) Prof. Adriano R. A. do Nascimento, Departamento de Psicologia/FAFICH/UFMG, Av. Antônio Carlos, 6627 – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - 4º andar, Universidade Federal de Minas Gerais, Campus Pampulha - Belo Horizonte, MG -31270-901. Tel.: (31) 3499-6278. b) COEP - Comitê de Ética em Pesquisa - Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar, Universidade Federal de Minas Gerais, Campus Pampulha-Belo Horizonte, MG -31270-901. Tel.: (31) 3409-4592.

Prezado estudante,

Esta pesquisa faz parte de um trabalho de Mestrado em Psicologia Social e tem como objetivo principal compreender como os estudantes universitários de diferentes estratos sociais pensam e se comportam em relação à aids. De forma mais específica, pretende-se, junto a estudantes da Universidade Federal de Minas Gerais, identificar e analisar as representações sociais da aids, sua relação com a prevenção e com suas práticas sexuais. Tais informações podem ser úteis para subsidiar futuros projetos de pesquisa e de intervenção relacionados à prevenção de jovens com ensino superior. Gostaríamos de convidá-lo a participar dessa pesquisa através da realização da Técnica de Associação Livre de Palavras e da resposta ao questionário auto-aplicável. O tempo médio de duração da participação tem sido de 30 minutos. Este procedimento não lhe oferece riscos físicos ou psicológicos. Está garantido o seu anonimato. Está-lhe garantida também a liberdade sem restrições de se recusar a participar, ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que disso resultem quaisquer tipos de consequências. Os dados obtidos com essa entrevista serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa e elaboração de projetos de intervenção psicossocial vinculados ao Departamento de Psicologia/FAFICH/UFMG. Todos os produtos gerados por essa entrevista (questionários impressos) ficarão armazenados no Departamento de Psicologia/FAFICH/UFMG por um período mínimo de 02 anos, sob inteira responsabilidade do professor responsável por essa pesquisa (Prof. Dr. Adriano Roberto Afonso do Nascimento). Informamos também que a sua participação, caso concorde com ela, tem caráter voluntário e não resultará em qualquer tipo de ressarcimento ou remuneração.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do participante), RG - \_\_\_\_\_, Órgão Emissor \_\_\_\_\_, declaro ter COMPREENDIDO as informações prestadas neste Termo, DECIDO conceder a entrevista solicitada e AUTORIZO sua utilização no Projeto de Pesquisa intitulado “Representações Sociais de Aids para Jovens Universitários da UFMG”.

**Estando de acordo, assinam o presente Termo de Consentimento em 2 (duas) vias.**

_____	_____
<b>Participante</b>	<b>Pesquisador Auxiliar</b>
_____	_____
	<b>Pesquisador Responsável</b>
<b>Belo Horizonte/MG, ____ de _____ de 2013.</b>	

## 9.4. Anexo D – Instrumento utilizado na pesquisa

### QUESTIONÁRIO AUTO-APLICÁVEL

U:

N°:

Este questionário deve ser respondido individualmente por cada estudante que se dispõe a participar do estudo. Solicito que marque a(s) opção(ões) desejada(s) em cada pergunta e procure responder todas as questões, evitando deixá-las em branco. Caso tenha dúvidas, faça os questionamentos ao monitor.

#### DADOS PESSOAIS

**1) Sexo:**

- ( 1 )Feminino  
( 2 )Masculino

**2) Idade (anos completos):** \_\_\_\_\_**3) Nacionalidade:**

- ( 1 )Brasileira ( 2 )Outra: \_\_\_\_\_

**4) Naturalidade:**

- ( 1 )Belo Horizonte  
( 2 )Outra: \_\_\_\_\_

**5) Cidade em que reside:**

- ( 1 )Belo Horizonte  
( 2 )Outra: \_\_\_\_\_

**6) Filhos:**

- ( 1 )Não possuo filhos  
( 2 )Possuo filhos, quantos: \_\_\_\_\_

**7) Situação conjugal atual:**

- ( 1 )Não tenho companheiro(a) estável  
( 2 )Tenho companheiro(a) e vivo com ele(a)  
( 3 )Tenho companheiro(a) e não vivo com ele(a)

**8) Orientação sexual**

- ( 1 )Heterossexual  
( 2 )Homossexual  
( 3 )Bissexual  
( 4 )Outra: \_\_\_\_\_

**9) Possui religião?**

- ( 1 )Sim.Qual? \_\_\_\_\_  
( 2 )Não

**10) Condição da residência atual:**

- ( 1 )Própria ( 2 )Alugada  
( 3 )Cedida ( 4 )Moradia Universitária  
( 5 )Outra: \_\_\_\_\_

**11) Renda mensal familiar (em reais):**

- ( 1 )Abaixo de R\$678,00  
( 2 )R\$678,00 a R\$1356,00  
( 2 )R\$1357,00 a R\$2034,00  
( 3 )R\$2035,00 a R\$2712,00  
( 4 )R\$2713,00 a R\$3390,00  
( 5 )R\$3391,00 a R\$4068,00  
( 6 )Acima de R\$ 4068,00

**12) Economicamente você se considera de qual classe?** \_\_\_\_\_**13) Possui renda própria?**

- ( )Sim ( )Não

**14) Sua participação na renda mensal familiar:**

- ( 1 )Totalmente  
( 2 )Parcialmente  
( 3 )Não contribuo

**15) Pessoas que moram com você:**

- ( 1 )Mãe ( 2 )Pai  
( 3 )Madrasta ( 4 )Padrasto  
( 5 )Avó/Avô ( 6 )Irmãos  
( 7 )Filhos(as) ( 8 )Tios(as)  
( 9 )Amigos(as) (10)Sozinho  
(11) Companheira (12)Companheiro  
(13)Outras: \_\_\_\_\_

**16) Curso de graduação:** \_\_\_\_\_**17) Período acadêmico:**

- ( 1 )1º período ( 2 )2º período  
( 3 )3º período ( 4 )4º período  
( 5 )5º período ( 6 )6º período  
( 7 )7º período ( 8 )8º período  
( 9 )9º período (10)10º período  
(11) Outro: \_\_\_\_\_

**18) Turno:**

- ( 1 )Manhã ( 2 )Tarde ( 3 )Noite ( 4 )Integral

#### AIDS E DESDOBRAMENTOS

**19) O que você pensa, sente, imagina quando lê o termo aids? Enumere cinco palavras ou expressões que vêm à sua mente.**

- 1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_  
4) \_\_\_\_\_  
5) \_\_\_\_\_

**20) Qual dessas palavras ou expressões você considera a mais importante?**

\_\_\_\_\_

**21) Quais as principais formas de transmissão do HIV que você conhece?**

---

---

---

---

**22) Quais os principais métodos de prevenção para HIV/Aids, segundo seu conhecimento?**

---

---

---

**23) Você costuma usar algum(s) desses métodos de prevenção? Qual(is)? Com que frequência?**

---

---

---

**24) Já realizou o teste para HIV:**

( 1 )Sim ( 2 )Não [passe para **QUESTÃO 26**]

**25) Se sim, qual o principal motivo?**

- ( )Curiosidade  
( )Sexo com desconhecido  
( )Sexo sem preservativo  
( )Sexo com parceiro(a) HIV positivo  
( )Transfusão/Doação sanguínea  
( )Realização de pré-natal  
( )Realização de tatuagens e/ou piercing  
( )Uso de drogas injetáveis  
( )Exigência de trabalho  
( )Acidente perfurocortante  
( )Descoberta de soropositividade de um(a) conhecido(a)/amigo(a)/familiar  
( )A pedido do(a) parceiro(a)  
( )A pedido médico  
( )Não lembra o que ocorreu na noite anterior  
( )Sexo sem consentimento  
( )Não lembra o motivo  
( )Outro: \_\_\_\_\_

**26) Já teve relação sexual:**

( 1 )Sim  
( 2 )Não

**ATENÇÃO, caso não tenha tido relações sexuais, pule as próximas questões e vá para a Questão 33.**

**27) Se sim, idade da primeira relação sexual:**

- ( 1 )Menor de 12 anos  
( 2 )Entre 13 e 15 anos  
( 3 )Entre 16 e 18 anos  
( 4 )Entre 19 e 22 anos  
( 5 )Acima de 23 anos

**28) Possui parceiro(a) sexual fixo(a)?**

( 1 )Sim ( 2 )Não

**29) Sempre faz uso de preservativo (masculino ou feminino):**

( 1 )Sim [siga para **QUESTÃO 40**]  
( 2 )Não [passe para **QUESTÃO 38**]

**30) Frequência do uso:**

- ( 1 )Quase sempre  
( 2 )Às vezes  
( 3 )Raramente  
( 4 )Nunca

**31) ENUMERE por ordem de importância os cinco principais motivos para o não uso do preservativo (masculino ou feminino):**

- ( )Não ter na hora que precisa  
( )Não ter dinheiro para comprar  
( )Ter vergonha de comprar  
( )Difícil acesso ao local de compra  
( )Ter vergonha de pedir ao(a) parceiro(a) que use  
( )Não gostar ou não se sentir a vontade para usar  
( )Esquecer de usar  
( )Parceiro(a) se recusar a usar  
( )Estar sob efeito de álcool  
( )Não saber usar  
( )Não ter no posto de saúde  
( )Não querer usar  
( )Não ter o armazenamento adequado  
( )Estar com companheiro(a) estável  
( )Estar envolvido emocionalmente com o(a) parceiro(a)  
( )Para não cortar o clima  
( )Por motivo religioso  
( )Outro: \_\_\_\_\_

**32) Qual(is) o(s) principal(is) motivo(s) para o uso do preservativo?**

---

---

**33) Sobre a questão da aids, há algo que gostaria de acrescentar?**

---

---

---

---

**Agradecemos a sua participação e disponibilidade**