



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

ANDRÉA BARBARÁ DA SILVA BOUSFIELD

**DIVULGAÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO SOBRE AIDS E
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

FLORIANÓPOLIS
2007

ANDRÉA BARBARÁ DA SILVA BOUSFIELD

DIVULGAÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO SOBRE AIDS E
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia, elaborada sob orientação do Prof. Dr. Brigido Vizeu Camargo.

FLORIANÓPOLIS
2007

*Ao Rodrigo,
com amor.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Brigido, por sua orientação, compreensão e dedicação.

À Profa. Dra. Clélia Maria Nascimento-Schulze, pelo apoio e carinho.

Aos membros da Banca, Profa. Dra. Sônia, Prof. Dr. Tura e Prof. Dr. Mauro, pela disponibilidade e contribuições neste trabalho.

À CAPES, pela bolsa de doutorado e ao Cnpq pelo financiamento para a realização do vídeo informativo “O Risco da Aids na Adolescência”.

Ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Às funcionárias da Pós-Graduação, Janete e Morgana, pelo comprometimento e dedicação aos alunos.

Aos professores que permitiram que eu pudesse realizar minhas pesquisas: Rogê, Patrícia, Paulo e Mariane (Biologia); Bete e Masae (Geografia); Lênia (Português).

Aos alunos que responderam com tanta dedicação e comprometimento aos instrumentos aplicados nesta pesquisa e, principalmente, pela participação tão entusiasmada nos debates.

Aos amigos, colegas e companheiros do LACCOS, Adriana, Ana, Andréia, João, Raquel e Piera, pelo carinho e ajuda nesta tese. E um agradecimento muito especial a dois colegas do LACCOS, Raquel e João, pelo carinho e dedicação durante todo o meu mestrado e doutorado. Com certeza sem ajuda e incentivo deles, este trabalho teria sido muito mais árduo. Obrigada!

Às minhas amigas e colegas Débora e Virgínia, por toda dedicação e companheirismo disponibilizados nas horas de estudo.

Aos amigos Juliana e Olivier pelo imenso apoio e ajuda neste trabalho.

Aos meus amados irmãos, André, Guga e Fabiano, que com muito carinho me incentivaram e me apoiaram durante minha jornada.

Ao meu pai, que sempre acreditou em mim e me apoiou durante esta caminhada.

Ao meu amado marido Rodrigo, por ter sido meu companheiro e amigo e ter contribuído muito para minha pesquisa.

Um agradecimento especial à pessoa que me possibilitou realizar o doutorado, que com muito amor e carinho sempre me motivou e ajudou. Obrigada, Mãe!

Resumo

Esta pesquisa teve por objetivo verificar o efeito da divulgação do conhecimento científico do HIV/aids em 3 aspectos: no conhecimento sobre a doença, nas atitudes frente ao uso do preservativo e nas representações sociais sobre o risco da aids. A pesquisa foi realizada com adolescentes do ensino médio, sendo composta por dois estudos: um sobre a recepção de um vídeo informativo (recepção ativa e recepção passiva) e outro sobre um caso simulado envolvendo uma controvérsia científica. Foram realizadas três análises de dados: estrutural, de similitude e de correspondências. Os resultados evidenciaram que o vídeo informativo, na condição recepção ativa, é eficaz no aumento do conhecimento, mas não afeta as atitudes dos participantes em relação ao uso do preservativo. No caso simulado houve um aumento significativo no conhecimento científico, bem como na favorabilidade das atitudes dos estudantes. Quanto às representações sociais sobre o risco da aids, esta pesquisa evidenciou efeitos independentes na ativação de elementos da representação. Na recepção ativa, os participantes enfocaram o risco da aids ao sexo e à prevenção, na recepção passiva, ao sexo e a condutas de risco, e no caso simulado, ao sexo, tratamento e à prevenção. O risco frente à aids é representado pelos adolescentes como consequência da relação sexual desprotegida, pois o elemento sexo aparece como central na representação.

Palavras-chave: representação social, aids, adolescência, divulgação científica, conhecimento, atitudes.

Abstract

The aim of this research was to verify the effect of scientific diffusion about HIV/aids on three aspects: knowledge about the disease, social representations of aids' risk and the attitudes about the use of preservative. The research was realized among high school students and was composed by two studies: one about the reception of an informative video (active reception and passive reception) and another about a simulated case that involved a scientific controversy. Three data analysis were done: structural, of similitude and of correspondence. Results showed that the informative video, on the active reception condition, is efficient on the increase of knowledge, but it does not affect the participants' attitudes about the use of the preservative. On the simulated case, there was a significant increase of the scientific knowledge, as well as on the favorability of the students' attitudes. About the social representations of aids' risk, this research showed independent effects on the activation of the representation elements. On the active reception, participants linked the risk of aids to sex and prevention, on the passive reception to sex and risky conducts and on the simulated case to sex, treatment and prevention. The risk face to aids is represented by the adolescents as a consequence of unprotected sexual intercourse, as the element *sex* appears as central on the representation.

Key words: social representation, aids, adolescence, scientific diffusion, knowledge, attitudes.

Résumé

Cette recherche a pour objectif de vérifier l'effet de la vulgarisation des connaissances scientifiques du HIV/sida sur trois aspects: la connaissance de la maladie, les représentations sociales du risque du sida et les attitudes face à l'utilisation du préservatif. La recherche a été menée auprès d'adolescents du secondaire et se compose de deux études: la première porte sur la réception d'un film informatif (réception active et réception passive) et l'autre sur un cas simulé autour d'une controverse scientifique. Trois analyses de données ont été réalisées: structurelle, de similitudes et de correspondances. Les résultats ont montré que le film informatif, en réception active, est efficace et augmente les connaissances, mais n'affecte pas les attitudes des participants en ce qui concerne l'utilisation du préservatif. Lors du cas simulé, on a constaté une augmentation significative des connaissances scientifiques ainsi que de la favorabilité des attitudes des élèves. Quanto aux représentations sociales du risque du sida, cette recherche a mis à jour des effets indépendants sur l'activation d'éléments de la représentation. En réception active, les participants ont rapporté le risque du sida au sexe et à la prévention, en réception passive au sexe et à des conduites de risque et dans le cas simulé au sexe, au traitement et à la prévention. Le risque face au sida est représenté par les élèves comme une conséquence des rapports sexuels sans protection, car l'élément *sexe* apparaît comme central dans la représentation.

Mots clés: représentation sociale, sida, adolescence, vulgarisation scientifique, connaissances, attitudes.

SUMÁRIO

Resumo.....	5
Abstract.....	6
Résumé.....	7
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Teoria das Representações Sociais.....	15
2.1.1 A abordagem Estrutural: A Teoria do Núcleo Central.....	21
2.1.2 Representações Sociais e Atitudes.....	27
2.1.3 Representações Sociais e Aids.....	30
2.2 Comunicação.....	37
2.2.1 Recepção Ativa X Recepção Passiva	44
2.2.2 Comunicação e Representações Sociais.....	49
2.2.3 Comunicação, Interação Social, Atitudes e Representações Sociais.....	52
2.2.4 Dimensão Midiática da Aids.....	57
2.2.5 Adolescência, Aids e Mídia.....	62
2.3 Divulgação Científica.....	74
2.3.1 Ciência, Tecnologia e Sociedade.....	79
2.3.2. Divulgação Científica, Comunicação e Representações Sociais.....	83
2.3.3 Divulgação do Conhecimento Científico sobre a Aids.....	86
3. OBJETIVOS.....	90
3.1 Objetivo Geral.....	90
3.2 Objetivos Específicos.....	90
4. MÉTODO.....	91
4.1 Caracterização da Pesquisa.....	91
4.2 Estudo A – Recepção de Vídeo Informativo.....	91
4.2.1 Participantes.....	92
4.2.2 Instrumentos de coleta de dados.....	93
4.2.3 Procedimento de coleta de dados.....	96
4.3 Estudo B – Caso Simulado.....	98
4.3.1 Participantes.....	98
4.3.2 Instrumentos de coleta de dados.....	98
4.3.3 Procedimento de coleta de dados.....	99
4.4 Análise de dados Estudos A e B.....	102
4.4.1 Estatísticas descritivas.....	102
4.4.2 Elementos da representação.....	102
4.5 Aspectos éticos.....	105

5. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS.....	106
5.1 Estudo A - Recepção de vídeo informativo sobre o HIV/aids.....	106
5.1.1 Dimensão percepção de risco.....	107
5.1.2.1 Motivos atribuídos pelos estudantes para o risco na adolescência.....	110
5.1.2 Dimensão afetiva e sexual.....	112
5.1.3 Dimensão Atitudinal.....	116
5.1.4 Dimensão conhecimento.....	118
5.1.4.1 Fontes de informação sobre aids.....	118
5.1.4.2 Percepção sobre o Vídeo Informativo “O Risco da Aids na Adolescência”.....	120
5.1.4.3 Conhecimento científico.....	122
5.1.5 Dimensão: Representação Social.....	128
5.1.5.1 Análise prototípica da representação social.....	128
5.1.5.2 Descrição geral.....	129
5.1.5.3 Grupo Vídeo com Discussão.....	130
5.1.5.4 Grupo Vídeo sem Discussão.....	135
5.1.5.5 Análise fatorial de correspondências.....	140
5.2 Estudo B – Caso Simulado.....	150
5.2.1 Descrição dos resultados.....	155
5.2.2 Dimensão percepção de risco.....	156
5.2.3 Dimensão afetiva e sexual.....	157
5.2.4 Dimensão Atitudinal.....	158
5.2.5 Dimensão conhecimento.....	159
5.2.5.1 Fontes de informação sobre aids.....	159
5.2.5.2 Percepção sobre o caso simulado.....	160
5.2.5.3 Conhecimento científico.....	161
5.6 Dimensão Representação Social.....	163
5.6.1 Análise prototípica da representação social.....	163
5.6.2 Análise Fatorial de Correspondências.....	169
6. DISCUSSÃO.....	176
6.1 Receptor Ativo X Receptor Passivo.....	176
6.2 Caso Simulado.....	185
6.3 Diferenças e similaridades entre os efeitos do vídeo informativo e caso simulado.....	189
6.4 A representação social de estudantes do ensino médio sobre o risco frente à aids.....	195
6.5 Considerações Finais.....	198
REFERÊNCIAS.....	204
Lista de Tabelas.....	218
Lista de Figuras.....	219
Lista de Quadros.....	220
Anexos.....	221

A aids é uma das doenças mais estigmatizantes da história da humanidade. Desde seu surgimento nas sociedades ocidentais, em 1981, representou muito mais que apenas uma doença, tornando-se rapidamente em um fenômeno (Sontag, 1989). O que nos primórdios era apenas uma convenção para designar uma doença, logo em seguida ganha vida própria no imaginário da população. A sigla “AIDS” transformou-se em um nome próprio e tornou-se o símbolo de uma nova representação social, desenvolvida no curso da comunicação, que misturou conhecimentos científicos e populares (Moscovici, 2003).

A aids, como objeto de representações sociais, insere-se no contexto social de forma dinâmica e pode ser percebida pelos indivíduos como algo que se articula ao contexto de sua existência e demanda novas formas de conduta e tomada de posição. Quando se pensa na complexidade de relações mantidas pelo indivíduo em seu espaço social, pode-se inferir que as representações sociais têm uma relação intrínseca com o meio, onde circulam diferentes visões de mundo, ideologias e crenças que mobilizam atitudes e posicionamentos (Tura, 2004).

Há em torno da aids uma complexa rede de inter-relações e significados que, em seu conjunto, articulam dimensões biológicas, políticas, sociais, culturais, éticas e morais. Nesse contexto, interagem, ainda, interesses políticos e econômicos, que interferem nos programas de prevenção e no avanço da ciência. E em torno desta doença se estruturam, no plano simbólico, novos significados, que determinam mudanças no comportamento e marcam as relações sociais, em especial naquilo que diz respeito à sexualidade (Tura, 2004). Isto nos remete a pensar na importância das representações sociais sobre aids que estão sendo elaboradas pelos jovens, ou seja, por esta nova geração que está construindo sua experiência na vida sexual com a aids.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), nos últimos 50 anos não houve epidemia¹ mais grave que a aids, o que lhe conferiu o *status* de pandemia². No Brasil, são alarmantes as estatísticas sobre sua progressão, fazendo-a ocupar uma posição que oscila entre o terceiro e o quarto lugar na distribuição dos casos notificados mundialmente.

Além disso, o impacto social ocasionado pela aids é consequência do aumento da incidência de casos, principalmente entre os jovens. Segundo o Ministério da Saúde (2007), desde o início da década de 80 até junho de 2007, foram notificados 474.273 casos de aids no Brasil. Desse total, 314.294 foram verificados em homens (66,32%) e 159.973 em mulheres (33,68%). Somente no ano de 2006, foram notificados 32.628 casos de aids. Desse total, 2.880 são adolescentes e adultos jovens, na faixa etária dos 13 aos 24 anos, fator que agrava a situação dos jovens, principalmente no Estado de Santa Catarina, e que demanda uma atenção redobrada, pois apesar de ser o menor Estado da região Sul, em termos populacionais, é o que nessa região apresenta a segunda maior incidência (por 100.000 hab.) de casos de aids, sendo o Paraná o que aparece em primeiro lugar e o Rio Grande do Sul em terceiro. No Estado de Santa Catarina as cidades mais afetadas, por escala de incidência de casos registrados pelo Ministério da Saúde, são: Florianópolis, Itajaí e Joinville.

Portanto, essa realidade de pandemia vivenciada atualmente, principalmente pelos jovens, é abordada por estudiosos das Representações Sociais (Camargo, 2000; Madeira, 1998; Morin & Vèrges, 1992; Tura, 1998, 2004). Conforme Jodelet e Scipion (1992), a sociedade passa por um processo de insegurança biológica e social, e, em face

¹ Epidemia – fenômeno que apresenta elevados índices estatísticos de alguma enfermidade, acima da norma observada até então, em determinada população (Rey, 1999). Será utilizado no corpo do texto o termo epidemia, respeitando o termo empregado pelos autores.

² Pandemia - epidemia generalizada que abrange vasta região (Houaiss, 2001).

disto, começa a sensibilizar-se para o conhecimento dos problemas éticos, sociais e políticos que estão a demandar respostas na realidade contemporânea.

Assim, a pandemia da aids tem gerado inúmeros questionamentos, daí a importância de disponibilizar à população os conhecimentos gerados e acumulados pela ciência, de modo a que esta cumpra seu papel social, oportunizando benefícios à população.

Nos últimos anos no Brasil, vem crescendo o interesse pela divulgação científica. Centros de ensino e de investigação, publicações – convencionais e eletrônicas -, eventos, entre outros instrumentos, são criados e organizados para divulgar os resultados da ciência junto a um público, que deve ser o mais amplo possível. De modo geral, os objetivos perseguidos contemplam a elevação do nível de conhecimento da população e o fortalecimento junto aos órgãos governamentais e agências financiadoras da conscientização da importância e urgência em se conceder apoio permanente à educação e à ciência (Massarani & Moreira, 2001).

A divulgação científica ainda é feita, restritamente, por cientistas ou incentivada por órgãos e instituições próximas à ciência. Essa situação, no entanto, tende a modificar-se rapidamente, porque cada vez mais os grandes veículos da imprensa reconhecem e impulsionam a necessidade de dedicar maiores espaços a notícias sobre ciência e tecnologia (Mota, 2001).

Os avanços do conhecimento e as inovações que delas surgem, e que, por vezes, provocam desconfiança e desconforto na população, têm feito com que jornais, revistas e redes de televisão procurem transmitir, em linguagem acessível, o real significado de tais transformações. Existe, portanto, na sociedade, uma demanda por informação sobre ciência, envolvendo, com frequência, suas implicações éticas, sociais e políticas. A

divulgação científica assume papel imprescindível na intermediação entre o mundo cotidiano das pessoas e o mundo distante e aparentemente incompreensível da ciência (Candotti, 2001).

A divulgação científica vem sendo apontada como instrumento, e mesmo como movimento social capaz de intermediar o fortalecimento da cidadania e a melhoria da saúde de populações, tornando-se, inclusive, instrumento hábil à efetivação de políticas públicas. Portanto, uma reflexão concernente à integração de aspectos envolvidos na divulgação de ciência em saúde, a partir de ponderações englobando educação, linguagem e comunicação, bem como a compreensão e domínio geral de ciência (Bizzo, 2002), poderiam gerar benefícios à sociedade.

Em relação à divulgação científica, a Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 1978) tem contribuído na compreensão de como se processa a aquisição e o compartilhamento do conhecimento entre diversos grupos sociais. As representações sociais têm na comunicação e na conduta seus veículos privilegiados. A conduta humana não se enraíza em uma racionalidade abstrata ou ação isolada. É a expressão de uma síntese complexa que articula informações, valores, símbolos, hábitos, necessidades, interesses, imagens e desejos, com o sentido atribuído pelos indivíduos, em suas relações sociais, a um dado objeto. Assim, para apreender as representações sociais de um objeto é necessário aproximar-se do espaço onde o indivíduo se comunica e age (Jodelet, 1989).

Portanto, um esforço para a divulgação do conhecimento científico acumulado sobre a aids traria benefícios para a prevenção desta epidemia, na medida em que a obtenção de um conhecimento mais aprofundado da doença, tal como a forma de

atuação do vírus HIV³ no organismo, a origem do vírus, os dados epidemiológicos, as formas de tratamento, os estudos sobre vacinas terapêuticas e preventivas, a solidariedade e o respeito com os portadores do vírus e doentes de aids, possa ter mais impacto que mensagens preventivas de natureza mais sintética, apenas com a divulgação da importância do uso do preservativo.

Ao basear o comportamento de proteção em conhecimento científico, o adolescente possivelmente terá uma maior quantidade e qualidade de informações sobre essa doença, e isso pode propiciar um melhor entendimento das situações de risco. Portanto, acredita-se que é desta forma que a divulgação do conhecimento mais especializado contribui para a saúde: fornecendo informação científica ao adolescente, este tem a possibilidade de estruturar cognitivamente seu mundo a partir de um maior número de dados, o que é de fundamental importância para a prevenção não só da aids, mas de muitas outras doenças.

E para divulgação desses conhecimentos acumulados pela ciência, é necessário meios inovadores de divulgação, para que os indivíduos possam agir ativamente na construção do conhecimento. A partir disso, este estudo se preocupou em verificar o efeito de dois meios de divulgação do conhecimento científico sobre a aids (vídeo informativo e caso simulado), no conhecimento, nas atitudes e nas representações sociais de adolescentes do ensino médio.

³ HIV – Trata-se de um retrovírus humano denominado vírus da imunodeficiência humana, identificado em 1986.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Teoria das Representações Sociais

A noção de representação social utilizada neste projeto corresponde à teoria elaborada por Serge Moscovici (1976). A obra inspiradora da Teoria das Representações Sociais foi *La Psycanalyse: Son image et son public*. Nesta obra o autor estudou a representação social da Psicanálise para grupos específicos daquela época, tendo como objetivo observar o que acontece quando um novo corpo de conhecimento, como a psicanálise passa fazer parte do conhecimento articulado de uma população (Farr, 1995).

As representações sociais, de acordo com Moscovici (1978), partem do conceito de *representações coletivas* de Durkheim. Para este último, as *representações coletivas* são homogêneas, partilhadas por todos os membros de um grupo, e têm por função manter a vinculação entre eles e prepará-los para pensar e agir da mesma maneira. No entanto, Moscovici afasta-se da perspectiva sociológica de Durkheim quando considera as representações como algo compartilhado de modo heterogêneo pelos diferentes grupos sociais.

Por representações sociais, entende-se como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações interindividuais (Moscovici, 1982). De acordo com Moscovici (1978), as representações “circulam, cruzam-se e se cristalizam quase incessantemente, através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano” (p.41). A maioria das relações sociais estabelecidas delas estão impregnadas, bem como os objetos produzidos ou consumidos e as comunicações trocadas. Constitui-se assim, por meio de um conjunto de

informações, de crenças, de opiniões e de atitudes, um objeto social (Abric, 2001). É uma forma de conhecimento do mundo construída a partir do agrupamento de conjuntos de significados, que permitem dar sentido aos fatos novos ou desconhecidos, formando um saber compartilhado, geral e funcional para as pessoas, chamado de senso comum (Jodelet, 1986; Moscovici, 1978).

Segundo Jodelet (2001), as representações sociais são “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático, e, como tal, concorre para construção de uma realidade comum a um conjunto social” (p. 8). Elas circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens na mídia, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais.

As representações sociais são sempre representações de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito), e manifestam características do sujeito e do objeto; as representações sociais têm como objetivo uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações). Estas significações resultam de uma atividade que faz das representações uma construção e uma expressão do sujeito (Jodelet, 2001).

As representações sociais são importantes na vida cotidiana, pois estar informado sobre o mundo é uma necessidade dos seres humanos. Para que os indivíduos possam se ajustar e resolver os problemas que se apresentam, criam-se as representações. Frente a esse mundo de objetos, em que estão inseridas pessoas, acontecimentos e/ou idéias, não se pode deixar de considerar que não é admissível ficar isolado em um vazio social. Ou seja, é necessário partilhar esse mundo com os outros, que servem de apoio, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo (Jodelet, 2001).

Para Moscovici (1978), as representações sociais estão presentes nas comunicações em geral, em que se elaboram os conhecimentos do senso comum. Todavia, as representações não estão expressas apenas nos discursos do senso comum, mas, de igual forma, são encontradas nas ciências, nas religiões e em outras formas de conhecimento compartilhado.

Caracterizando a complexidade do conceito de representações sociais, pode-se enfatizar que a mesma responde a funções específicas na dinâmica das relações sociais e nas práticas sociais. Para Abric (1998), as representações possuem quatro funções essenciais:

1. Função de saber: a representação social permite compreender e explicar a realidade por meio de um saber prático produzido pelo senso comum;
2. Função identitária: a representação social define a identidade pessoal e social e permite aos grupos protegerem suas especificidades;
3. Função de orientação: a representação social, sendo um sistema de pré-codificação da realidade, serve como guia, orientando as ações e relações sociais e;
4. Função justificadora: por meio da representação social o indivíduo explica e justifica, *a posteriori*, seus posicionamentos e comportamentos.

As representações sociais constituem-se como um fenômeno elaborado e compartilhado entre os grupos sociais por meio das relações interpessoais. São necessários alguns fatores para as representações tomarem este lugar de pensamento de senso comum. Segundo Vala (1993), existem três fatores sociais que constituem as representações sociais: a dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência.

A dispersão da informação ocorre quando a informação se propaga conforme as características dos grupos em que ela transita: “A informação não circula da mesma forma, como não circula o mesmo tipo de informação em todos os grupos sociais, como ainda a ambigüidade da informação não se manifesta da mesma forma para todos” (p.364). A focalização é um fenômeno que será marcado pelos interesses profissionais ou ideológicos que norteiam os indivíduos “em diferentes domínios do meio e geram a pertinência da elaboração de uma representação ou de uma representação mais sólida acerca de um dado objeto” (p.364). E a pressão à inferência acontece quando um indivíduo ou um grupo assume uma posição frente a um determinado objeto, produzindo uma opinião rápida de acordo com suas estratégias de enfrentamento da realidade.

Pode-se observar este fenômeno no estudo realizado por Moscovici (1978) sobre a psicanálise, no qual o autor, ao estudar diferentes grupos, encontra uma psicanálise transformada pelos “pensadores amadores”, que mesmo não sendo especialistas, discutiam sobre essa teoria, dando um novo significado à mesma. Esses grupos se apropriavam dos conhecimentos que circulavam socialmente e os transformavam para poder compreendê-los. Assim, os amadores passavam por dois universos para a compreensão do desconhecido: o universo consensual e o universo reificado.

No universo consensual, a sociedade se vê como um grupo feito de indivíduos que são de igual valor. Desta perspectiva, cada indivíduo é livre para se comportar como um “amador”, um curioso que pensa e verbaliza suas opiniões, apresenta suas teorias e tem respostas para todos os problemas (Moscovici, 1982).

O universo reificado tem a ciência como forma de conhecimento, e os ocupantes deste universo são selecionados e qualificados para elaborar idéias e conceitos. A

participação de cada ocupante deste universo depende da ordem hierárquica em que se encontra, ordem esta que é estabelecida de acordo com os méritos, qualificação e competência profissional, bem como papéis e classes a que pertence (Moscovici 1982; Moscovici & Hewstone, 1986).

Com isso, a ciência é o modo de conhecimento que corresponde aos universos reificados, enquanto as representações sociais constituem o modo de conhecimento que equivale aos universos consensuais. A primeira tenta construir um mapa de forças, objetos e eventos que permanecem imunes (não afetados) aos desejos da sociedade em geral. Já a outra estimula e dá forma à consciência coletiva, explicando coisas e eventos de tal forma que sejam acessíveis a cada um e relevantes ao interesse imediato do indivíduo (Moscovici, 1982).

Em geral, as representações que se formam tendem a tornar o desconhecido, ou não familiar, em algo familiar. No universo consensual, cada um dos indivíduos busca se sentir adaptado, isto é, protegido das áreas de discordância e de incompatibilidade. Na familiarização, os objetos, indivíduos e eventos são reconhecidos e compreendidos com base em encontros anteriores ou modelos. Quando existem tensões entre os universos reificados e consensuais, criam uma ruptura entre linguagem dos conceitos e a das representações, entre conhecimento científico e popular. Essas tensões podem ser o resultado de novas descobertas e concepções, e a maneira como ocorrem e re-ligam um universo a outro dão significados as mensagens (Moscovici, 2003).

As representações são sempre o resultado de um esforço constante em transformar o estranho em familiar, tornando o que parecia longe, perto e o abstrato em concreto (Bangerter, 1995). Por exemplo, conteúdos científicos divulgados sobre a aids tenderão a se tornar familiares com base nos conhecimentos prévios sobre essa

epidemia. As representações que se constituem sobre aspectos divulgados pela ciência sobre a aids refletem o esforço de tornar algo não-familiar em algo imediatamente presente. O que foi remoto um dia, no caso, a aids, aparece próximo, o que era experimentado como algo abstrato passa a fazer parte do cotidiano.

As representações sociais são criadas e compartilhadas pelos grupos em sua comunicação cotidiana, denominada na literatura científica de teorias do senso comum (Moscovici & Hewstone, 1986). Moscovici passou a estudar como uma modalidade de conhecimento transformava-se em outra, isto é, como o conhecimento científico passa a ser senso comum, e como as teorias científicas se incorporam no cotidiano dos indivíduos e grupos (Farr, 1995; Moscovici, 1978; Moscovici & Hewstone, 1986).

Para Moscovici (1978), o conhecimento científico é adaptado como uma nova forma de senso comum, no qual os grupos não produzem um saber da ciência, mas o re-elaboram de acordo com seus meios e suas predisposições de conhecimento. Para o autor, as representações sociais têm papel fundamental na medida em que servem para socializar o conhecimento científico, introduzindo-o nas comunicações do cotidiano e tornando-o parte integrante da realidade e da vida das pessoas. Os meios de comunicação aliados à intervenção da ciência, no cotidiano, exercem influência na construção das teorias do senso comum que os grupos fazem sobre determinado objeto.

Dois processos são necessários para estruturar uma representação social como um objeto compartilhado por um determinado grupo: a ancoragem e a objetificação. A ancoragem possibilita que algo desconhecido seja incorporado à rede de categorias e permite comparar com algo que já faz parte desta. Este processo é considerado dinâmico, pois a ancoragem é mantida enquanto preserva alguma coerência entre o que é conhecido e o que é desconhecido. É um processo de classificação em que o não-

familiar deve ser relacionado com outro objeto familiar e identificado (Moscovici, 1982). No processo de objetificação ocorre a transformação do que é representado por meio de uma forma ou ícones. O objeto percebido e o concebido estão constantemente em relação, pois a objetificação está sempre materializando idéias e significações, estabelecendo correspondência entre coisas e palavras, ou seja, “é a forma como se organizam os elementos constituintes da representação ao percurso, através do qual, tais elementos adquirem materialidade” (Vala, 1993, p.360).

De acordo com Moscovici (1978), as representações possuem três dimensões: a informativa, a atitudinal e a de campo. A informativa está relacionada com a organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social. A atitudinal refere-se à tomada de posição, positiva ou negativa, que os grupos efetuam frente ao objeto representado. E o campo de representação constitui a idéia de modelo social, do conteúdo concreto e limitado de um aspecto preciso do objeto representado. Esta terceira dimensão, campo de representação, foi complementada por Abric (1998), por meio da “Teoria do Núcleo Central”.

2.1.1 A Abordagem Estrutural: A Teoria do Núcleo Central

A “Teoria do Núcleo Central” foi desenvolvida por Abric (1976) e Flament⁴ e aborda as representações sociais sob uma perspectiva estruturada. De acordo com Sá (1996), esta teoria surge para complementar os estudos no campo das representações sociais e tem sido utilizado para estudar a influência social e o processo de

⁴ Flament contribui com a “Teoria do Núcleo Central” a partir de seus trabalhos publicados em 1987 (Campos, 2003).

transformação das representações (Flament, 2001; Moliner & Taffani, 1997; Moliner & Gutermann, 2004; Sá, 1996; Tura, 1998).

Segundo Abric (1998), uma representação é constituída de um conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes a propósito de um dado objeto social. Estas informações se organizam em torno de uma estrutura, constituindo um sistema sócio-cognitivo específico, ou seja, estes conteúdos se estruturam na representação em elementos hierarquizados em um núcleo central. Em torno deste núcleo, organizam-se elementos periféricos.

O núcleo central é o elemento que singulariza a representação, individualizando-a. Se há uma modificação no núcleo central, pode-se dizer que há uma modificação na representação como um todo. Ou seja, mesmo que uma representação mude de estrutura, mantendo o mesmo núcleo central, pode-se dizer que se trata da mesma representação, enquanto que quando o núcleo muda, mesmo que a estrutura continue a mesma, tem-se uma modificação na representação como um todo.

Deste modo, o núcleo central é determinado, de um lado, pela natureza do objeto representado, de outro, pelo tipo de relações que o grupo mantém com este objeto e, enfim, pelo sistema de normas sociais que constituem o meio ambiente ideológico do momento e do grupo (Abric, 1998). Este elemento possui duas funções fundamentais: (1) função geradora: é a partir do núcleo central que se cria ou se transforma os significados dos outros elementos da representação; (2) função organizadora: determina a natureza da conjunção entre os elementos da representação, sendo, portanto, unificador e estabilizador.

O núcleo central é o elemento mais estável da representação, aquele que assegura a continuidade em contextos móveis e evolutivos. Deve-se observar para o fato de não

ser a centralidade um aspecto definido por critérios puramente quantitativos, de modo que não é a presença maciça de um elemento que define a sua centralidade, mas sim o fato de que ele dá significado à representação (Abric, 2003a).

Os elementos periféricos organizam-se em torno do núcleo central e constituem os elementos mais concretos, acessíveis e vivos. São estes elementos que ajustam a representação, com seu núcleo central mais estável e característico, à realidade e às práticas sociais de um grupo. Segundo Abric (1998), os elementos periféricos respondem por três funções principais:

- 1) Função de concretização: esses elementos funcionariam fazendo a interface entre o núcleo central e a situação concreta na qual a representação é elaborada, de modo que permitiriam a formulação da representação em termos concretos, imediatamente compreensíveis e transmissíveis.
- 2) Função de regulação: os elementos periféricos têm um papel central na adaptabilidade da representação social dentro da evolução de um contexto. Desta forma, os elementos novos da realidade são alocados na periferia da representação – elementos que contradizem a representação podem ser colocados como exceção, atribuindo-lhes menor importância ou conduzindo a sua interpretação na direção do significado estabelecido pela representação.
- 3) Função de defesa: como confere adaptabilidade e plasticidade à representação, os elementos periféricos têm um papel protetor do núcleo central. Deste modo, as alterações observadas nas representações acontecem através de seus elementos periféricos – aqui surgem e são toleradas contradições, pois quando há um desacordo entre a representação e a realidade, e ocorre uma

transformação em uma representação, são os elementos periféricos que inicialmente se modificam.

Flament (2001) atribui outras funções aos elementos periféricos. Primeiramente, considera-os “prescritores de comportamentos”, indicando ao sujeito espontaneamente como agir em um determinado contexto. A modulação personalizada da representação refere-se à apropriação individualizada em contextos específicos, o que dá lugar a diferenças aparentes – desde que esses elementos estejam organizados em torno de um mesmo núcleo central. A função de proteção da representação é colocada por Flament nos mesmos termos que Abric. No entanto, Flament acresce a noção de elementos estranhos que são acrescentados ao núcleo periférico de modo a comportar as possíveis contradições entre o que o sujeito vive e a sua representação.

Em suma, dentro da análise estrutural das representações pode-se destacar um sistema central e um periférico. O sistema central (núcleo central da representação) tem uma determinação eminentemente social, ligada às condições sociológicas e históricas, as quais encontram-se permeadas por valores e normas sociais: “É a base comum propriamente social e coletiva que define a homogeneidade de um grupo, através de comportamentos individualizados que podem parecer contraditórios” (Abric, 1998, p 33). O sistema periférico encontra-se mais ligado ao contexto imediato no qual os indivíduos encontram-se inseridos: “Esse sistema periférico permite uma adaptação, uma diferenciação em função do vivido, uma integração das experiências cotidianas, de modo que modulações pessoais frente ao núcleo central resultam em representações sociais individualizadas” (Abric, 1998, p.33).

Os desenvolvimentos mais recentes em representações sociais têm colocado em questão a funcionalidade do núcleo central, ou seja, o grupo de elementos não negociáveis e que carregam o que há de essencial nas normas de um grupo (Flament, 2001; Moliner & Taffani, 1997; Moliner & Gutermann, 2004).

Abric (2003a) coloca primeiramente que os elementos constituintes do núcleo central não são equivalentes entre si e que alguns têm papéis mais importantes que outros, embora todos tenham papéis essenciais.

Há uma diferenciação em termos da função que determinados elementos têm no núcleo: elementos normativos e funcionais. Os elementos normativos são aqueles ligados diretamente ao sistema de valores dos indivíduos. Eles constituem a dimensão fundamentalmente social do núcleo ligada à história e à ideologia do grupo. Determinam os julgamentos e tomadas de posição em relação ao objeto. Os elementos funcionais estão vinculados às características descritivas e ao posicionamento do objeto dentro das práticas sociais. Deste modo, a representação será mais ideológica ou funcional de acordo com a característica do elemento mais importante do núcleo (Abric, 2003a).

Abric (2003b) descreve três processos de transformação de uma representação: a) transformação progressiva, na qual as práticas novas não são completamente contraditórias com o núcleo central; b) transformação resistente, na qual a formulação e o funcionamento de mecanismos de defesa impedem, por algum tempo, o esfacelamento do núcleo, mas não a longo prazo; c) transformação brutal, na qual a modificação das circunstâncias ataca diretamente o significado central da representação, sem possibilidade de fazer uso de recursos defensivos. Quando se trata de um processo gradual, sem resistência, chama-se transformação sem ruptura.

Uma modificação diferenciada da representação de um grupo ocorre, de acordo com o constatado por Guimelli e Deschamps (2000), quando há o ataque aos elementos do núcleo central e quando há a percepção de que a situação vivenciada é irreversível. Isso ocorre porque quando a situação é percebida como reversível, mecanismos de defesa e de resistência à mudança agem.

Para Abric (1998), as representações são ao mesmo tempo consensuais e marcadas por fortes diferenças individuais. Como ressalta Doise (1985):

“... a identidade dos princípios de regulação, não impede em nada a diversidade de tomadas de posição que se manifestem através das atitudes e das opiniões ...Uma multiplicidade de tomadas de posição ... (pode ser) ... produzida a partir de princípios organizadores comuns” (p. 250).

Flament (2001) considera que um discurso ideológico pode estar em desacordo com uma representação. Godelier (1984) enfatiza que em uma mesma sociedade, na mesma época, certas idéias consideradas como verdadeiras pela maioria dos membros desta sociedade podem ser consideradas como falsas por diversas minorias.

A homogeneidade de uma população não é definida pelo consenso entre seus membros, mas sim pelo fato de que sua representação se organiza em torno de mesmo núcleo central, do mesmo princípio gerador de significado que eles dão à situação ou ao objeto com qual são confrontados (Abric, 1998). Neste sentido, este estudo, utilizando a teoria das representações sociais, oferece um quadro de análise e de interpretação que permite a compreensão da interação entre funcionamento individual e as condições sociais nas quais os atores sociais evoluem. Por meio dessa abordagem, o estudo com jovens do ensino médio a respeito do risco em relação à aids permite compreender os

processos que intervêm na adaptação sócio-cognitiva à realidade cotidiana e às características do meio social e ideológico.

2.1.2 Representações Sociais e Atitudes

De acordo com Allport (1966), a introdução das atitudes no campo de estudos da Psicologia Social deve-se a Thomas e Znaniecki por seus estudos, realizados em 1918, sobre o camponês polonês na Europa e nos Estados Unidos. Neste trabalho, os autores associaram valores sociais e atitudes psicológicas, onde as atitudes são vistas como uma vertente psicológica de uma realidade cujo aspecto sociológico seria constituído pelos valores sociais (Doise, 2001).

Rodrigues, Assmar e Jablonski (1999) e Lima (1996) ressaltam que uma das maiores dificuldades que existem nas ciências sociais é empregar palavras utilizadas no cotidiano como termos técnicos que têm significado específico e que necessitam, portanto, de uma definição clara. Os autores que estudam psicologia social não concordam totalmente com uma única definição de atitude. No presente trabalho será considerada a definição elaborada pelos autores acima citados, que descrevem atitudes como experiências subjetivas que incluem necessariamente uma dimensão avaliativa ao fazer referência a um objeto, fato ou pessoa. São predisposições aprendidas e relativamente duradouras para responder favorável ou desfavoravelmente a um fenômeno.

As atitudes são construídas através da interação social, produto de comparações, sucessivas identificações e diferenciações que permitem situar uma posição sobre um objeto diante dos outros em um dado momento. São também passíveis de mudança e

transformação através da informação ou da experiência. Logo, diferentes pessoas podem ter diferentes atitudes diante do mesmo objeto, e estas avaliações podem mudar ao longo do tempo (Rodrigues & cols., 1999).

Para Rodrigues e cols. (1999) e Lima (1996), as atitudes envolvem o que as pessoas pensam, sentem e como gostariam de se comportar em relação a um determinado objeto. Esta relação entre os componentes de uma atitude pode ser de coerência ou incoerência, pois não é difícil encontrar inconsistência entre as atitudes e os comportamentos expressos pelas pessoas.

Lima (1996) destaca a importância do modelo dos três componentes proposto por Rosenberg e Hovland em 1960. Neste modelo, a atitude pode ser conceituada como um sistema composto de três dimensões:

- dimensão cognitiva, relacionada ao conhecimento estruturado, ao sistema de crenças que o indivíduo possui em relação ao objeto atitudinal;
- dimensão afetiva, que se relaciona à resposta emocional que o indivíduo dirige ao objeto da atitude. Nesta dimensão existe uma carga de emoções e sentimentos que acompanham o objeto levando a sentimentos de repulsa ou aceitação, a avaliações positivas ou negativas;
- dimensão comportamental, que se relaciona a uma predisposição para se comportar de determinadas maneiras em relação ao objeto.

Quanto à mensuração das atitudes, Lima (1996) afirma que os instrumentos de medida que são utilizados pelos pesquisadores avaliam sempre um, ou mais, destes três tipos de resposta atitudinal: o que as pessoas pensam, sentem ou como gostariam de se comportar em relação a determinado objeto. As escalas de atitudes, por exemplo, visam acessar o conteúdo cognitivo das atitudes – as crenças, opiniões e avaliação dos

indivíduos acerca do objeto. Há medidas que acessam as demais dimensões, como os estudos da resposta galvânica da pele ou da observação do comportamento, que pretendem medir o componente emocional e comportamentos, respectivamente.

A noção de atitudes dentro das representações sociais tem tido relevada importância desde a formulação da teoria por Moscovici (1978), onde era colocado o papel central das atitudes, uma vez que as representações seriam originadas a partir de uma tomada de posição. No entanto, como têm demonstrado recentes estudos da escola estrutural, a relação das atitudes e das representações aponta para uma dependência das atitudes, em relação às representações sociais, e para uma dependência parcial das representações em relação às atitudes. Os estudos realizados por Tafani (2001) e Rateau (2000) mostram como a modificação das representações (ou seja, no núcleo central) provoca uma modificação nas atitudes. A modificação nas atitudes só acontece quando o núcleo central é atacado, sendo infrutífera a modificação de atitudes com o ataque a elementos periféricos. Por outro lado, também foi investigada a forma pela qual a modificação de atitudes implica em uma mudança na representação social (Tafani, 2001), e foi demonstrado, sem ambigüidades, que a modificação da atitude em relação a um objeto afeta somente o sistema periférico da representação, de modo que o núcleo central permanece intacto. Conclui-se, desta forma, que as atitudes são uma dimensão do campo representacional, que remete a um conjunto de modulações individuais de um quadro de referência partilhada.

As atitudes impregnam as representações sociais e estas últimas determinam as condutas desejáveis ou permitidas. A compreensão das representações sociais proporciona o acesso às justificativas utilizadas para orientar julgamentos e ações acerca do mundo e permite conhecer as estratégias dos seres humanos quando estão diante da

tarefa de compreender fatos desconhecidos. Assim, reconstruem as situações como conhecimentos que regem o processo de comunicação e ação em relação aos fenômenos (Moscovici, 1978).

Considerando que as representações sociais e as práticas estão estritamente ligadas, determinando não só comportamentos distintos, como também atitudes específicas diante de um problema (Abric, 2001), o sentido que os indivíduos atribuem à aids pode influenciar na retenção de informações preventivas e, conseqüentemente, na adesão às práticas de prevenção.

2.1.3 Representações Sociais e Aids

Com mais de duas décadas de convívio com a epidemia da aids, a sociedade se percebe a um grande problema de saúde, carregado de indagações, muitas das quais sem respostas, e procura se organizar no sentido de atribuir significados, formular conceitos, construir sua historicidade como forma de aprender a conviver com o impacto e com as repercussões psicossociais geradas pela doença (Silva & Abrantes, 2004).

A aids, quando surgiu em meados de 1982, mobilizou em torno de si o discurso do estigma, preconceito, rejeição, segundo o qual a doença passa a ser identificada como o próprio mal e as suas vítimas, culpadas, pois a estigmatização se fundamentava na concepção de ser a aids uma doença de sujeitos, fora dos códigos sociais de moralidade, que estabelecia como padrão o exercício da afetividade e da sexualidade. Contrair o vírus era ser promíscuo, o que tornava o sujeito culpado e seu comportamento controlado e vigiado por ser perigoso (Silva & Abrantes, 2004).

Há de ser lembrado que, pelo fato de os homossexuais terem sido os primeiros atingidos no mundo ocidental, a associação de aids e homossexualidade foi a primeira tentativa de explicação de um fenômeno para o qual sequer a comunidade científica apresentava respostas. Tratava-se somente de uma constatação de sintomas, sendo que o discurso médico não fornecia ainda as causas da doença. Era um discurso impregnado, portanto, de incerteza e mesmo de espanto. Com isso, surgiram medidas de “proteção” obsessivas para aqueles que cuidavam dos doentes e para o corpo social, chegando até a criação de espaços reservados, como o “aidetório”, de conotações sombrias (Jodelet, 2001).

A suposta seletividade da doença para com um determinado grupo ou um determinado modo de vida criou uma primeira representação para o fenômeno: na homossexualidade poderia estar sua origem, o que tornava os homossexuais uma população considerada, na terminologia epidemiológica, “de risco”. O uso da expressão “grupo de risco”, embora comum no âmbito da epidemiologia, marcaria de forma indelével a construção social e histórica da aids (Jodelet, 2001).

A descoberta do vírus e de suas formas de transmissão – sexo e sangue – permitiam, por um lado, uma tentativa de controle da epidemia, por outro, exacerbavam o medo e a conotação moralista de um discurso que fazia da sexualidade “descontrolada” a grande causa do mal. O sexo, que sempre ameaçou normas e valores, ameaçava agora a continuidade da humanidade, uma vez que o caráter epidêmico da doença evocava lembranças de cataclismas universais (Soares, 2001).

A caracterização inicial da aids apresentada à população pela ciência médica e amplamente reforçada pela mídia incluía domínios de fortes investimentos afetivos configurados pela morte, pelo contágio e pelo sexo. São domínios que comportam

componentes emocionais profundamente enraizados em diferentes culturas e que causam enorme impacto no plano simbólico. Muito se tem a pensar sobre as conseqüências da aids e como a sociedade a designa. De acordo com Jodelet (2001), “crenças arcaicas ocorrem em virtude da falta de informação” (p. 20).

As incertezas da ciência e dos mecanismos de transmissão do vírus, agora conhecidos, geraram a eclosão das mais variadas representações, que se difundiram na proporção da disseminação da doença e se mostram ainda profundamente arraigadas no imaginário social (Paulilo, 1999).

Neste sentido, Jodelet (2001) afirma que a aids é a primeira doença cujas histórias, médica e social, se desenvolveram juntas. A mídia e as pessoas se apoderaram deste mal desconhecido e estranho, cuja proximidade entre o biológico e o social ainda não tinha sido revelada. O que se sabia sobre a transmissão da doença e de suas vítimas favoreceu, em particular, a eclosão de duas concepções: uma do tipo moral e social, outra do tipo biológico, com a influência evidente de cada uma delas sobre os comportamentos, nas relações íntimas ou para com as pessoas afetadas pela doença.

A partir da interpretação moral, considerava-se a aids como uma doença-punição que se abatia sobre a licença sexual, e se encontravam nos meios de comunicação (televisão, rádio e jornais) expressões oriundas de uma sociedade permissiva, que representavam uma condenação pelas condutas degeneradas. Outro aspecto da aids, que afetou o público, foi sua transmissão pelo sangue ou esperma, dando lugar a uma visão biológica muito mais inquietante: que o contágio poderia ocorrer também por meio de líquidos corporais além do esperma, particularmente a saliva e o suor (Jodelet, 2001).

A falta de informação e a incerteza da ciência favoreceram o surgimento de representações que circulavam entre as pessoas e/ou corriam de um veículo de

comunicação a outro. Assim, duas representações - uma moral e outra biológica - foram construídas para acolher um novo elemento (Jodelet, 2001).

É importante levar em conta que não se pode entender as representações sociais como meras reproduções do real no plano subjetivo. Elas são uma reorganização significativa na qual se estruturam o pensar e o agir do homem (Moscovici, 1978; Jodelet, 1989). Pensar nas representações sociais da aids significa afirmá-las como regendo as relações sociais que se estabelecem em torno dessa realidade, assim como organizando comunicações e condutas e, por isso, pode-se dizer que denotam, em sua organização e articulações, o vivido, a experiência do concreto e os interesses que os mobilizam (Jodelet, 2001).

As ameaças e enigmas que emergiram com o surgimento do fenômeno social da aids podem desencadear um processo de elaboração – nos planos individual e coletivo – de teorias que combinam valores, crenças, atitudes e informação. É pelo estudo e divulgação destas teorias que o indivíduo organiza uma visão coerente do objeto e de si no mundo, ao mesmo tempo em que procura negociar um espaço de aceitação e inclusão com os grupos com os quais interage (Tura, 1998).

Herzlich e Pierret (1988), ao analisarem a construção do fenômeno social gerado pela aids, em seis jornais franceses, mostraram como a doença inicialmente surgiu, no sentido de ser um enigma da medicina, associado ao grupo de homossexuais. Era muito comum a doença ser denominada como a “pneumonia dos homossexuais”, o “câncer dos homossexuais” ou o “câncer gay”. Mesmo com o surgimento de uma sigla considerada “neutra” para designar a doença, a imprensa continuou a utilizar como sinônimos aids e “câncer gay”. Quando o vocábulo aids se afirmou definitivamente, articulou-se ao seu redor todas as conotações negativas que a sua introdução havia

tentado descartar, demonstrando que a criação de um termo científico nem sempre consegue manter-se neutro. Com isso, esta ligação entre aids e homossexualismo, surgida na epidemiologia e difundida pela mídia, acabou se disseminando e enraizando no imaginário da população.

De acordo com o trabalho de Herek e Capitano (1993), mesmo depois de uma década do surgimento da doença, mais de 50% dos americanos da amostra pesquisada acreditavam que dois homossexuais eram capazes de transmitir durante o ato sexual a aids um para o outro, mesmo que quaisquer deles não fossem portadores do vírus HIV, considerando, que o ato sexual homossexual era capaz de criar a aids. Em um outro estudo, Joffe (1995) constatou que homossexuais masculinos acreditavam que contrair o HIV seria inevitável, qualquer que fosse o seu comportamento, levando-os a se perceberem de uma maneira mais negativa, o que gerava uma “identidade deteriorada”.

Resultados semelhantes também foram encontrados por Paiva (1992), cujos pacientes homossexuais freqüentemente relatavam que mesmo sendo soronegativos⁵ e possuindo um razoável nível de conhecimento sobre as formas de transmissão, mantinham, às vezes, relações sexuais sem preservativo, pois acreditavam que um dia iriam mesmo contrair a aids.

A grande preocupação de quem trabalha diretamente com a doença acaba sendo tentar neutralizar os efeitos perniciosos dos primeiros trabalhos científicos que, baseados puramente em conceitos oriundos da epidemiologia, ligaram a aids a “grupos de risco”, dividindo os portadores em “vítimas inocentes” (hemofílicos) e pessoas “promíscuas” (homossexuais, prostitutas e viciados em drogas). Portanto, falava-se muito mais dos doentes do que da própria doença, ao identificar os “aidéticos” como

⁵ Termo utilizado para designar indivíduos que não possuem o vírus HIV no organismo (nota do autor).

pessoas “anormais”, que fogem dos códigos morais estabelecidos. A construção social da aids foi norteada basicamente nas idéias de morte e de promiscuidade, que teriam determinado um atraso “criminoso” nas intervenções realizadas na área de saúde pública (Paiva & Alonso, 1992).

Sontag (1989), ao analisar as metáforas existentes no discurso sobre a aids, refaz a ligação histórica entre as doenças estigmatizadoras na atualidade e as principais doenças epidêmicas que assolaram a humanidade. Segundo a autora, as doenças epidêmicas sempre foram ligadas por um grupo às nações estrangeiras e a grupos marginais. Por exemplo, a sífilis era vista como a mancha francesa para os ingleses, como a *morbus germanicus*⁶ para os parisienses, como a doença de Nápoles para os florentinos, e a enfermidade chinesa para os japoneses. Da mesma forma, a aids, enquanto doença epidêmica, também teria sua origem ligada às nações ou continentes estrangeiros (África, por exemplo) e nos grupos marginais (Homossexuais).

Joffe (1994), ao estudar as representações sociais da aids entre a população residente na Inglaterra e na África do Sul, apoiando-se na Teoria do Núcleo Central de Abric, constatou que as representações sociais da aids provavelmente se estruturam em torno de um núcleo central que tem a condição estrangeira e o outro, como conteúdos principais. A noção da aids como uma “peste gay” foi ancorada em uma ameaça prévia conhecida, a peste bubônica, e remeteria à ameaça da doença nos homossexuais, um grupo externo, fazendo-a menos ameaçadora para o grupo interno.

Outros trabalhos de Joffe (1996a, 1996b, 1998) também reforçam a idéia de que as representações sociais da aids estariam diretamente relacionadas à noção de alteridade. Ao estudar as teorias sobre a origem da aids em diferentes populações, Joffe

⁶ Sífilis germânica ou doença germânica (nota do autor).

encontrou que, para o habitante dos Estados Unidos, a aids havia se originado na África ou no Haiti. Já para os Sul-africanos, a origem da doença era situada nos Estados Unidos, na Europa ou na África “negra” (Sub-Sahariana). Os ingleses situaram a origem da aids no continente africano ou nos Estados Unidos. A noção da aids como uma “doença do outro” se mantinha também quanto à origem da epidemia. Embora não se saiba ao certo qual a origem do vírus, uma grande família de retrovírus relacionadas a ele está presente em primatas não-humanos na África Sub-Sahariana (Lima, Wunsch, Gutierrez & Leite, 1996).

Mesmo com o avanço da ciência na área da saúde, uma pesquisa realizada por Avi (2000), com profissionais desta área (enfermagem, odontologia, medicina e psicologia), identificou que as informações específicas sobre o vírus, bem como suas formas de transmissão, não modificam a representação social da aids que predominava quando o fenômeno foi descoberto. O estudo demonstra que mesmo para profissionais qualificados e capacitados, para trabalhar com portadores do HIV, as representações mais frequentes em relação à aids estão ligadas à morte e a determinados grupos de risco.

Além disso, com o crescimento da ameaça global da epidemia de aids, registra-se ainda, como observado no estudo de Avi (2000), sinais de aumento da complacência, de persistência da negação e de ressurgimento da discriminação. A mídia assume, dessa forma, um papel de amplo espectro, tornando possível a divulgação das informações mais atualizadas à população e, ao mesmo tempo, atuando como forte instrumento de transformação, principalmente nas representações da população acerca da doença.

2.2 Comunicação

Comunicação vem do latim *communis*, comum (Schramm, 1969), e é o processo de transmitir idéias entre indivíduos. Para os seres humanos, este processo é fundamental, na medida em que toda a sociedade humana – da primata à moderna – baseia-se na capacidade do homem em transmitir suas intenções, desejos, sentimentos, conhecimentos e experiências de pessoa para pessoa (Wright, 1968). Quando nos comunicamos estamos tratando de compartilhar uma informação, uma idéia ou uma atitude (Schramm, 1969).

De acordo com Mcleord (1973), é possível dividir o interesse psicológico na comunicação em dois períodos: pré-1950, quando havia escasso interesse na comunicação; e pós-1950, o chamado período moderno, marcado pelo desenvolvimento da teoria e de metodologia aplicáveis à comunicação.

No período inicial, havia um interesse da Psicologia Social em compreender o processo pelo qual a manipulação da situação de comunicação poderia induzir uma mudança de atitude. Os efeitos da variação da fonte de comunicação, o conteúdo da mensagem, o meio de transmissão e as características pessoais dos receptores, bem como os processos grupais, eram investigados. Dentre os estudiosos citados por Mcleord (1973) estão: Hartmann (1936), Hovland (1942), Sherif (1935), Heider (1944) e Zillig (1928), Moreno (1934) e Lewin (1939). Após 1950 houve um avanço nas pesquisas sobre comunicação e mudança de atitude, no qual os pesquisadores enfocaram principalmente seus estudos nos efeitos da persuasão (McGuire, 1976). Para o estudo da análise da comunicação é possível destacar três grandes modelos: tecnológico,

lingüístico e psicossociológico (para um levantamento mais detalhado dos modelos, ver Picard, 1981 e Tremblay, 1975- 1976).

A principal razão de pesquisas em comunicação é estudar o efeito que um determinado conteúdo tem em seus “receptores” (Ghiglione, 1992; Katz, 1990; Schramm, 1969; Wolf, 1990, 1992). No caso desta pesquisa, é estudar o efeito que informações científicas sobre o HIV/Aids têm em seus “receptores”.

O processo de comunicação pode ser considerado como o resultado da interação entre três elementos fundamentais: uma “fonte” que emite uma “mensagem” (cuja forma e o suporte podem variar) em direção a um “alvo” que a recebe (Ghiglione, 1992; Picard, 1981). A fonte pode ser uma pessoa ou uma organização informativa (televisão, revistas, jornais, filmes, etc); a mensagem pode ser impressa, por ondas de rádio, impulsos de uma corrente elétrica, um movimento corporal, ou qualquer outro sinal que possa ser interpretado; e o alvo que pode ser uma pessoa que escuta, observa ou lê, ou um membro de um grupo (Schramm, 1969). E para que uma mensagem seja efetiva é necessário que o “receptor” e o comunicador estejam sintonizados, bem como preencha quatro requisitos: deve atrair a atenção, ser aceita, ser interpretada e ser guardada para utilização posterior. A mensagem deve ser apresentada de forma a poder ser interpretada no interior da experiência do público, deve apelar para as necessidades e interesses público, e deve, tanto quanto possível, evitar ruídos e interferência (Rivers & Schramm, 1970).

Schramm (1969) descreve quatro condições para que uma determinada mensagem provoque êxito:

1. A mensagem de ser formulada e entregue de modo que obtenha a atenção do seu destinatário.

2. A mensagem deve empenhar signos⁷ que se refiram à experiência comum da fonte e do destino, a fim de transmitir o significado (a mensagem deve levar em conta a experiência que o destinatário tem do mundo).
3. A mensagem deve despertar necessidade da personalidade no destino e sugerir algumas maneiras de satisfazer essas necessidades (a mensagem deve estar relacionada com uma necessidade pessoal).
4. A mensagem deve sugerir, para satisfazer essas necessidades, uma maneira que seja adequada à situação do grupo em que se encontra o destinatário no momento em que é impulsionado a dar a resposta desejada (a importância do grupo na emissão de respostas desejadas. O grupo como forte incentivador ou não na mensagem).

No entanto, o autor alerta que a mensagem é somente um dos elementos importantes que determinam seu efeito. É necessário levar em conta a situação em que se recebe a comunicação, as condições do “receptor” e suas relações e normas com o grupo.

Nos estudos iniciais dos efeitos da comunicação, o indivíduo era visto como uma entidade passiva e pronta para absorver as mensagens veiculadas pelos meios de comunicação (Pfromm Netto, 1972). Esta concepção é deixada de lado e passa a existir uma nova abordagem que parte do pressuposto que a mensagem só pode influenciar um indivíduo que tenha “uso” para ela, no contexto psicológico e social em que está inserido. A abordagem dos “usos” admite que os valores das pessoas, seus interesses, suas associações e seus papéis sociais são dominantes, e que as pessoas “modelam”

⁷ Signo: é o suporte perceptivo e a menor unidade de sentido de um código (Amado & Guittet, 1978).

seletivamente o que vêem e ouvem, a partir dessas características (Katz, 1990). Por isso que há um distanciamento do termo “receptor” passando a destinatário da mensagem (Wolf, 1999).

De acordo com Rivers e Schramm (1970), a comunicação pode ser utilizada com três finalidades: informação, diversão e educação. A diferença entre essas finalidades está entre o emissor e o receptor. Na comunicação informativa, o emissor deve ser um bom repórter e o público deve trazer à experiência uma vontade de busca e comprovação da realidade. A diversão, no entanto, exige do receptor uma suspensão voluntária de descrédito ou suspeição. Em vez de reagir ceticamente ante qualquer coisa que ameace ainda que pouco a sua realidade, o público deve estar preparado para receber uma história, uma sátira ou uma brincadeira e se divertir com ela. A comunicação utilizada para educação deve preencher também os mesmos requisitos que qualquer tipo de comunicação – atenção, aceitação, interpretação, assimilação - mas o aprendizado é ativo e origina-se no hábito de procurar respostas. As mensagens da comunicação educativa devem ser apresentadas de forma a estimular o aluno a buscar as respostas, por meio de trabalhos práticos e estudos intensos.

Katz (1989) destaca que a exposição seletiva, o tipo de meio de comunicação de massa⁸ envolvido na comunicação, o conteúdo, as predisposições psicológicas e atitudes dos indivíduos estão presentes na diversificação das reações à comunicação. As ligações sociais do membro da audiência com outras pessoas e o caráter das opiniões e atividades que compartilha com elas influenciam sua resposta aos meios de comunicação de massa.

⁸ Segundo Kientz (1973), a comunicação de massa designa os meios maciços de informação, que são: a grande imprensa, o rádio, a televisão, o cinema e o cartaz, entre outros.

Pesquisas de laboratório como as de tipo *survey* mostraram que: a) o público que consome comunicação não é anônimo, atomizado, desorganizado e facilmente manipulável, e b) a comunicação pode produzir grande diversidade de efeitos que dependem tanto de características de personalidade do indivíduo como da posição do comunicador e do membro da audiência na estrutura da sociedade, e das relações deste último com outras pessoas e grupos (família, amigos, etc) (Pfromm Netto, 1972).

A probabilidade de retenção de um item decresce quando aumenta sua distância do indivíduo, isto é, quanto mais distante for uma informação, menos probabilidade ela tem de ser retida. As informações interessam mais ou menos ao indivíduo se estiverem perto da realidade em que está inserido. Nos seres humanos, ocorre uma percepção seletiva da mensagem que lhes é apresentada e uma interpretação do conteúdo. As pessoas têm a tendência de perceberem, absorverem e lembrarem o conteúdo de diferentes maneiras, que podem estar relacionadas aos seus desejos, motivações e atitudes anteriores, o que pode afetar a absorção da mensagem (Kientz, 1973; Maletzke, 1976; Wolf, 1992).

Há, de acordo com Rouquette (1986), três finalidades no estudo psicossocial da comunicação de massa: a descritiva, a prescritiva e a explicativa. A descritiva tem a finalidade de registrar e elaborar dados reais, e tem como instrumento a observação e a análise de conteúdo. A prescritiva tem a função de associar as variáveis que caracterizam a mensagem ou seu modo de transmissão, de acordo com as trocas realizadas entre os “receptores”. Já a explicativa tem a finalidade de explicar os fenômenos de influência e também a constituição, transformação e retenção do conteúdo das mensagens.

De acordo com Abric (1996), todo processo de interação em comunicação corresponde a quatro funções: 1) função de controle da compreensão da mensagem; 2) função de adaptação da mensagem às características dos atores, às dificuldades encontradas ou a outros eventos que necessitam uma modificação de conteúdo ou de forma; 3) função de regulação social para a flexibilidade dos papéis e das funções asseguradas para os diferentes atores, facilitando a compreensão do ponto de vista do outro e favorecendo a aprendizagem social; 4) função socioafetiva, que permite a existência de uma *feed-back* que aumente a “segurança interna” dos atores, a redução da apreensão e o aumento da satisfação.

A comunicação social influi na determinação das atitudes dos destinatários, com suas mensagens, intervindo de modo essencial na formação, delineamento e modificação da concepção de mundo pelo homem. Ela desempenha papel relevante no processo socializador dos adolescentes, ao proporcionar-lhes representações e noções sobre os valores socialmente aceitos, relativos às atividades humanas, aos objetos materiais e espirituais importantes para um dado grupo ou sociedade (Maletzke, 1976; Wolf, 1999).

A operacionalização desse estudo remete-se a consideração de uma conceituação mais delimitada do termo “efeito”, que abrange todos os processos que ocorrem na fase pós-comunicativa (como consequência da comunicação social) e, por outro lado, todos os modos de comportamento que resultam da atenção dada pelo destinatário às mensagens da comunicação social, na fase comunicativa propriamente dita (Matetzke, 1976). Conforme destaca Wolf (1999), este conceito pragmático de efeito compreende uma parte da fase comunicativa (o comportamento de comunicação), assim como toda a fase pós-comunicativa. Nesse contexto, admite-se a influência da comunicação social,

na medida em que ela ajuda a estruturar a imagem da realidade social, a organizar elementos novos dessa mesma imagem e a formar opiniões e crenças novas.

Um fenômeno que pode ser revelador para o estudo da discrepância entre a aprendizagem e a modificação de atitudes é o chamado “efeito letárgico”; em não raras ocasiões, os efeitos de uma mensagem são relativamente pequenos imediatamente após sua recepção. Uma outra questão muito importante em torno da problemática dos efeitos é a que se ocupa das relações entre atitudes e o correspondente comportamento, ou seja, a força motivadora inerente às atitudes (Maletzke, 1976). Este fenômeno leva à necessidade de distinguir operacionalmente efeito em curto e médio prazo. O primeiro refere-se ao tempo breve a exposição do destinatário à mensagem, o segundo envolve um distanciamento temporal de algumas semanas após exposição. Percebe-se, pela leitura de Berelson (1969), que este já considerava, na década de 50, a importância da distinção dos efeitos a curto e longo prazo, uma vez que os primeiros, por serem mais facilmente operacionalizados, eram os mais estudados, no entanto pela diferença entre estes dois tipos de influência, os resultados das pesquisas não poderiam ser transferidos do primeiro para o segundo tipo.

É importante destacar que a mídia faz parte do cotidiano da sociedade, mas de acordo com Klapper (1960) não se pode mais considerá-la detentora de um poder de influência social maior do que as outras formas de comunicação humana ou independente delas; como salienta Wolf (1992), “é muito difícil pensar em uma situação social onde a mídia é considerada como única fonte de percepção e de conhecimento da realidade⁹” (p. 278).

⁹ Tradução realizada pela autora.

Para compreender melhor o papel dos meios de comunicação na vida da sociedade contemporânea, Fígaro (2000) propõe pensar a comunicação a partir da recepção, como eles atuam no cotidiano dos grupos sociais, nas diferentes comunidades e culturas, deixando também de lado a oposição emissor todo-poderoso *versus* receptor passivo ou, por outro lado, emissor neutro *versus* receptor/consumidor todo-poderoso.

2.2.1 Receptor Passivo x Receptor Ativo

Desde o final dos anos 80, surgem novas formas de instrumentalizar os meios de comunicação de massa, que não passam somente pelas grandes redes de transmissão das mensagens, em decorrência de uma série de ingerências no campo social, tais como: a emergência das novas tecnologias comunicacionais; o aparecimento de novos movimentos sociais; os novos contratos sociais; a construção de um novo exercício de cidadania (White, 1998).

São situações que utilizam estes meios para um objetivo específico, geralmente com a perspectiva de veicular informação direcionada a um determinado público alvo e com características singulares. Este é o caso de alguns instrumentos aplicados, em diversas áreas, principalmente na inter-face entre comunicação e ciência.

Para a análise do efeito da divulgação do conhecimento científico sobre a aids, é necessário analisar dois processos na relação emissor-receptor, o que segundo Martín-Barbero (1995), pode-se chamar de funcionalista e interacionista.

O primeiro coloca o emissor e o receptor em posições assimétricas. O emissor é ativo, tem a iniciativa e produz estímulo. O receptor é passivo, é atingido pelo estímulo

e reage a ele. Há, segundo esse modelo, uma relação de causa e efeito entre o emissor e o receptor, e a mensagem causa um impacto observável e suscetível de ser avaliado. O processo de comunicação pode, após essa avaliação, ser revisto e ajustado ao receptor para o alcance do “efeito desejado”. O receptor é um indivíduo atomizado, “puro”, e participa de um processo mecânico fundamentado na idéia de que comunicação é transmissão de informações, fazer chegar uma informação de um pólo a outro (Guimarães, 2001).

Esse modelo considera a recepção como ponto de chegada do significado da mensagem, "no qual se encontram as intenções do emissor e suas expectativas quanto ao receptor que o espera" (Martín-Barbero, 1995, p. 40). É considerado mecânico por Martín-Barbero (1995) e Souza (1995), por tratar a comunicação como forma de fazer chegar uma informação, do emissor ao receptor, com significado pronto, construído.

De fato, a relação de predomínio do emissor sobre o receptor é a idéia que primeiro desponta, sugerindo uma relação básica de poder, em que a associação entre passividade e receptor é evidente. É como se houvesse uma relação sempre direta, linear, unívoca e necessária, estando em um pólo, o emissor, e sobre o outro, o receptor, em uma relação que subentende um emissor genérico, macro, sistema, rede de veículo de comunicação, e um receptor específico, indivíduo, despojado, fraco, micro, decodificador, consumidor de supérfluos; como se existissem dois pólos que necessariamente se opõem, e não eixos de um processo mais amplo e complexo, e por isso mesmo, também permeado por contradições (Souza, 1995).

O modelo funcionalista é hegemônico e dele parte a idéia de “modelo simplificado” de comunicação, ou seja, aquele comumente esquematizado por uma seta que parte do emissor e chega ao receptor por um meio. O *feedback*, ou seja, a volta da

seta do receptor para o emissor, orienta o emissor para ajustes no meio para que a mensagem chegue conforme as suas expectativas (Ver Figura 1).

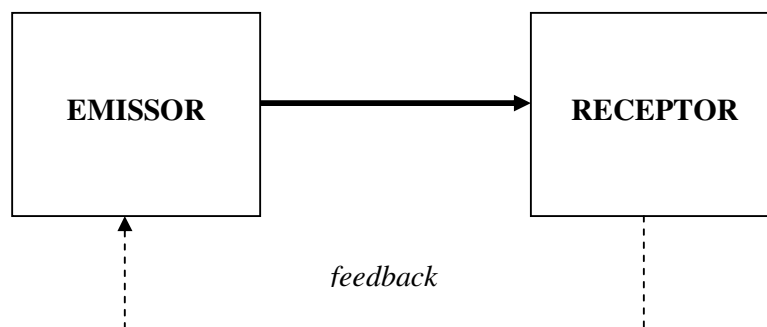


Figura 1. Modelo funcionalista.

Entretanto, a postura de dominação unidirecional dos emissores sobre os receptores é incapaz de entender os complexos processos de interdependência entre os dois (Canclini, 1993, p. 37). Também não alcança o sentido do processo de comunicação como formulador de problemas e como possibilidade de diálogo, de negociação e de exercício de cidadania, nem rompe com a idéia de comunicação como (re)transmissão de conhecimento.

A perspectiva interacionista rompe a estrutura de setas de “ida e volta” e o modelo dito “simplificado”, pois compreende comunicação como encontro entre os pólos que, aqui, não são entendidos como opostos. As setas, de fato, partem sucessivamente de ambos os pólos e se encontram, isto porque não há predomínio de nenhum dos dois sobre o outro. Essa perspectiva procura a interação entre a mensagem e o destinatário, própria do encontro de partes que negociam o significado da mensagem. O emissor e o “receptor” existem, mas ambos são enunciadore e enunciatários, indivíduos e sujeitos,

posto que cada uma das partes, a seu tempo, apropria-se de discursos que circulam em seu meio, reelabora-os e, então, cria os seus próprios discursos. Não há relação de poder entre o emissor e “receptor”, tampouco "comunicar é fazer chegar uma informação, um significado já pronto, já construído, de um pólo a outro" (Martín-Barbero, 1995, p. 40). A proposta do processo comunicacional não está na mensagem e sim na interação, espaço de encontro entre emissor e receptor, de negociação e estruturação do significado, de construção de valores e, por que não, questionamentos, diferenças e conflitos. Esta perspectiva deve ser vista enquanto um processo de relação, de articulação, de negociação, onde os sujeitos atuam com suas experiências, com poderes intrínsecos e de forma fundamentalmente criativa (ver Figura 2).

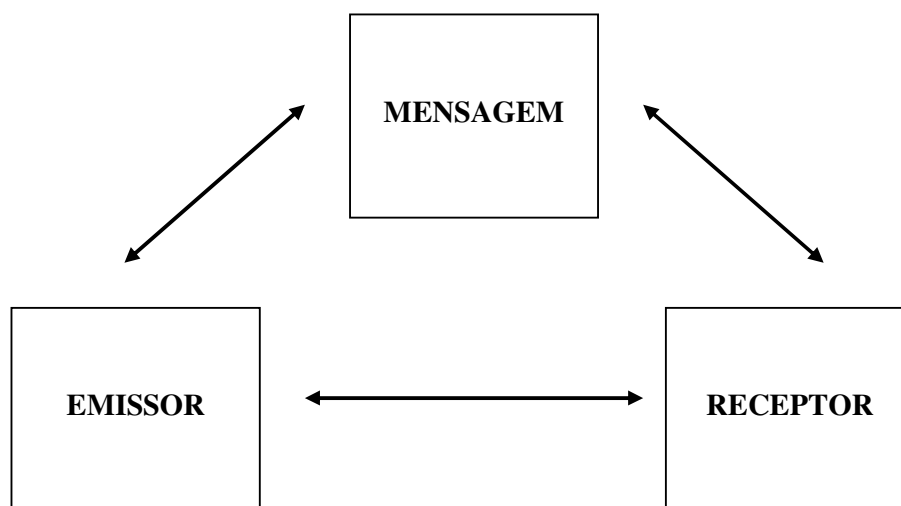


Figura 2. Modelo interacionista.

O ser humano na sua relação com o mundo, interage para se localizar no espaço e no tempo. Portanto, no que tange à questão da mediação, tanto existem estruturas mediadoras que condicionam a recepção dos meios massivos quanto estes mesmos meios se tornam mediadores que condicionam a interação das pessoas no seu meio ambiente. As relações familiares, a escola, o grupo de amigos, ao mesmo tempo em que mediam a interação nos meios de comunicação (emissor-receptor), são modificadas e sofrem a influência da presença das novas tecnologias na vida das pessoas (Orozco-Gómez, 1993).

Orozco-Gómez (2002) ressalta que o papel do comunicador nas interações educativas do século XXI é imenso e crucial, devendo os comunicadores "desviar a atenção dos meios e focalizar mais os processos ao redor dos meios, os receptores, as interações que os meios possibilitam e os contextos nos quais se realizam essas interações", já que é "no contexto que, afinal, nasce o sentido da comunicação, e já que é daí que se pode avaliar a relevância dos aprendizados realizados" (p. 64).

Para Baccega (2002), o receptor não é um mero reproduzidor das informações veiculadas pelos meios de comunicação, sejam eles quais forem. A comunicação só se dá num processo de interação, no qual a circulação das formas simbólicas pressupõem um campo comum de significados. Cresce, portanto, a importância e a responsabilidade daqueles que estão no pólo da produção das mensagens, incluindo aí a escola, enquanto responsável pelo amadurecimento intelectual e crítico das novas gerações.

Comunicação como interação é entendida como complexa e articulada com a vida cotidiana. Nesse sentido, constitui-se como um conjunto de processos, e não um único, por envolver, face à globalização, múltiplas e fragmentadas mediações multilocalizadas, que produzem significações e sentidos e adquirem sentidos para

públicos específicos, pois o público não é uma massa homogênea com comportamento constante. Constitui-se, sim, em grupos com distinções sociais que manifestam suas diferenças na recepção. Segundo Orozco-Gómez (1993), a comunicação e a recepção perpassam uma rede complexa de germinação de informações, negociação, consumo ou negação, onde há produção de sentido e, onde, para Canclini (1993), prevalece o valor simbólico sobre os valores de uso e troca.

Em face do exposto, com referência às tendências funcionalista e interacionista da comunicação, pode-se melhor vislumbrar como a pesquisa de recepção de público pode ser planejada e desenvolvida de maneiras absolutamente distintas. É importante salientar que este estudo enfocou os dois modelos na pesquisa sobre recepção de vídeo informativo.

2.2.2 Comunicação e Representações Sociais

Camargo (2003) aponta que o estudo da mídia é importante para a análise da dimensão informacional das representações sociais. A presença dos meios de comunicação social é cada vez mais intensa no modo de vida contemporâneo, especialmente no que se refere à circulação de objetos do debate social, e particularmente em relação à difusão de informações sobre a epidemia da aids. A mídia, sobretudo os jornais, as revistas e a televisão, constituem-se em um grande vetor para a produção das representações sociais. Conceitua-se mídia, em consonância com as reflexões de Thompson (1990), como um sistema cultural complexo que envolve uma dimensão simbólica e uma dimensão contextual. A dimensão simbólica - um constante jogo entre signos e sentidos - compreende (re)construção, armazenamento, reprodução e

circulação de produtos repletos de sentidos, tanto para quem os produziu (os media) como para quem os consome (leitores, espectadores, telespectadores etc.). A mídia compreende também uma dimensão contextual - temporal e espacial -, na medida em que esses produtos são fenômenos sociais, situados em contextos, que têm aspectos técnicos e comunicativos e propriedades estruturadas e estruturantes.

Na comunicação as representações são transformadas, por meio das influências recíprocas entre os indivíduos, através de negociações implícitas no curso das conversações, onde as pessoas se orientam para modelos simbólicos, imagens e valores compartilhados. Nesse processo, as pessoas adquirem um repertório comum de interpretações e explicações, regras e procedimentos que podem ser aplicados à vida cotidiana. Mas longe de serem receptores passivos, pessoas e grupos pensam por si mesmos, produzem e comunicam incessantemente suas próprias e específicas representações e soluções (Moscovici, 2003).

No entendimento de Moscovici (1976), é ressaltada a importância dos processos de comunicação na construção das representações sociais. O autor propõe três sistemas de comunicação, que determinam o conteúdo e a forma das mensagens emitidas e recebidas: a difusão, a propagação e a propaganda.

A difusão caracteriza-se por uma ausência de diferenciação entre as fontes e os receptores da comunicação. Tem como objetivo destacar a criação de um interesse comum sobre um determinado assunto: “A difusão é uma forma de comunicação que concerne não a um grupo definido, mas ao que normalmente se chama de massa” (Moscovici, 1978, p. 232).

A difusão possui duas funções, que são a função instrumental e a função consumatória. A instrumental se define pela existência de uma relação entre as condutas

ou as manifestações que se pretende produzir e a imagem que o emissor tem dos seus objetivos. Já a função consumatória supõe uma comunicação que é o seu próprio fim, uma comunicação que satisfaz a si mesma. A comunicação corresponde exclusivamente à necessidade, socialmente criada, de comunicação (Moscovici, 1978). A difusão caracteriza-se como forma de comunicação típica da imprensa de grande circulação, cujo principal objetivo é criar um interesse comum sobre um determinado assunto, bem como se adaptar aos interesses dos seus leitores (Sá, 1996).

A propagação tem por objetivo expandir e consolidar conteúdos de outras doutrinas ao seu próprio sistema (Sá, 1996). As comunicações não se propõem a produzir uma conduta, mas somente a criar normas, uma convergência em torno de uma doutrina que seja aceitável (Moscovici, 1978). A propagação é estabelecida pelos membros de um grupo que possui uma visão do mundo bem organizada e que dispõe de uma crença a propagar (Doise, 2001).

A propaganda estabelece as diferenças existentes entre a visão de mundo, considerada correta, das outras perspectivas, consideradas falsas. É uma modalidade de expressão de um grupo em situação conflitante, de elaboração instrumental da representação que ele mesmo faz do objeto de conflito e aparece como uma forma necessária de comunicação e de ação em uma situação social definida. A propaganda possui uma dupla função: reguladora e organizadora. A função reguladora se traduz na afirmação e na busca de um restabelecimento da identidade do grupo, expressando sua qualidade de objeto liberado das contradições que ameaçam seu equilíbrio e sua ação. Já a função organizadora implica em uma elaboração adequada do conteúdo das comunicações, ou seja, renovando antigas relações e propondo novos conteúdos no que diz respeito a aspectos próximos ou conflitantes da vida cotidiana.

Moscovici (1978), ao relacionar os sistemas de comunicação com as condutas, propôs o seguinte: seriam optativas, frágeis e locais na difusão; necessárias e implícitas na propagação e necessárias e explícitas na propaganda. De acordo com esses três sistemas de comunicação, quando analisados separadamente, mantêm sua individualidade quanto à estrutura das mensagens, às relações existentes entre emissor e receptor da informação, ao comportamento esperado e à elaboração de modelos sociais. O autor, ao aproximar a difusão, a propagação e a propaganda, estabelece uma correspondência entre um sistema de comunicação e um modo de construção da conduta.

A comunicação é um meio poderoso e dinâmico de elaboração de representações sociais, pois fornece a cada dia mais material, mais conteúdo no cotidiano dos indivíduos e grupos a serem repensados e reelaborados. Levando em consideração a importância dos meios de comunicação na formação de opiniões da população em geral, em relação à informação divulgada, torna-se relevante ressaltar a importância das informações científicas divulgadas pela mídia.

2.2.3 Comunicação, Interação Social, Atitudes e Representação Social

Os estudos em interação social apontam para a adoção de uma perspectiva interacionista e sistêmica sobre a relação organismo-ambiente (Carvalho, 1998; Garton, 1994). A interação explica-se na própria raiz da palavra: ação entre, o que implica bidirecionalidade, ou seja, ato recíproco entre duas ou mais pessoas ou coisas. Quando dois ou mais indivíduos interagem em sucessivas ocasiões, cada interação pode afetar as subsequentes, e pode se dizer que existe entre eles uma relação (Seidl de Moura, 1999).

Assim, em uma interação social existem alguns elementos essenciais: a presença de pelo menos duas pessoas, e a relação de reciprocidade que se estabelece (bidirecionalidade) entre os participantes. Portanto, a interação social implica na participação ativa dos sujeitos num processo de intercâmbio, ao qual aportam diferentes níveis de experiências e conhecimentos (Garton, 1994).

De acordo com Argyle (1976), a interação social humana é pre-programada num sentido de padrões de interação que foram produzidos por antigos membros da sociedade, corporificados em regras, normas culturais e são ensinados aos mais jovens. A capacidade de se comunicar por meio da linguagem é provavelmente a diferença entre homens e os primatas não-humanos, considera-se esta capacidade biológica só evoluída no homem; sendo que só evoluiu no homem primitivo por causa do valor de sobrevivência biológica que havia na possibilidade de se utilizar essa forma de comunicação.

Na relação entre indivíduo e sociedade, Moscovici (2003) ressalta que se deve levar em consideração dois aspectos: o primeiro é que o indivíduo não é apenas um produto biológico, mas um produto social; o segundo é o de que a sociedade não é um ambiente destinado a treinar o indivíduo e a reduzir suas incertezas, mas um sistema de relações entre indivíduos coletivos. Com o objetivo de conseguir um novo nível de compreensão das relações entre ser humano e sociedade, é necessário relacionar esse conhecimento a processos de comunicação.

Uma vez que os participantes de uma interação estabeleçam uma relação de comunicação para uma melhor construção cognitiva, é necessário que eles comuniquem temas relacionados com seu nível cognitivo, os quais se tornam progressivamente mais complexos (Ghiglione, 1990). Para Clermont (1994), o pleno desenvolvimento dos

indivíduos baseia-se na construção de conhecimentos, ou seja, na motivação intrínseca de uma tarefa, na intensificação da comunicação e da interação entre os participantes.

Por sua vez, interações e representações sociais possuem fortes conexões entre si. Para Moscovici (1976), as representações sociais são formadas e disseminadas por meio das interações sociais; elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto ou encontro do cotidiano. As interações que ocorrem no decurso das conversações possibilitam aos indivíduos e aos grupos se tornarem mais familiarizados com objetos e idéias incompatíveis, e desse modo podem lidar com eles.

Para Bauer e Gaskell (2002), é uma interação social que propicia que os sentidos ou representações sociais possam emergir pela natureza social do grupo, principalmente, por meio de uma troca de idéias e de significações, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas.

Todas as interações humanas que surjam entre duas pessoas ou entre dois grupos pressupõem representações. Na realidade é isso que as caracteriza. O fato central sobre as interações humanas, escreveu Asch (1952), “é que são acontecimentos, que elas estão psicologicamente representadas em cada um dos participantes” (p. 142).

Ao relacionar interações com representações, torna-se pertinente considerar as atitudes como um componente das representações sociais que visa destacar a orientação global em relação ao objeto de uma representação, em um *continuum* de favorável a desfavorável.

No que diz respeito à relação entre atitudes e interações sociais, é possível inferir a existência de uma correspondência entre elas. Há padrões de interação que indicam atitudes positivas ou negativas frente a diversos objetos, referentes, por exemplo, a elementos de comunicação não-verbal. Mehrabian (1968) foi um dos

pesquisadores que verificou que as pessoas preferem ficar mais próximas de pessoas ou coisas de que gostam, e que apresentam posturas diferenciadas frente a pessoas que lhes agradam e incomodam. É possível inferir, portanto, que interações, atitudes e representações sociais estão fortemente interligadas. Pois é nesse nível fenomênico das interações face-a-face, em que os membros de grupos mantêm um nível de comunicação focalizado em tarefas específicas, que ocorre a adoção de modelos cognitivos e de representações seguidos de uma linguagem específica e de uma organização social. Segundo Nascimento-Schulze e Camargo (2000), o conhecimento está relacionado a experiências interativas, de forma a desafiar o receptor, motivando-o a chegar às suas próprias respostas, usando a capacidade interpretativa e representativa.

Todo processo de comunicação é um duplo acontecer recíproco de dar e tomar conhecimento entre duas ou mais pessoas (Lersch, 1967). Uma palavra pode produzir efeitos. É supor que palavra pode desempenhar um papel similar à ação, que ela pode substituir a ação (Durant, 1981).

Wagner (1998) define as representações sociais como uma forma de enfrentamento simbólico, que visa domesticar fatos brutos da realidade com o objetivo de dominar o desconhecido ou o não-familiar. Segundo ele, a representação social pode ser vista como o ato de construir objetos sociais por meio da interação social. De modo tal, que envolve tanto atividade discursiva quanto atividade aberta e expressa, ou seja, ação e fala são partes integrantes da representação.

Nesse processo de conversação, Marková (2006) descreve que onde existe diálogo, existe atividade humana. As palavras desejam ser ouvidas e, similarmente, as idéias, como eventos vivos, querem também ser entendidas e respondidas pelos outros, de acordo com suas perspectivas. A pessoa com quem conversamos e pensamos não

tem somente ouvidos para ouvir como nos diálogos filosóficos, mas ela também tem “boca e ela pensa pela boca”. O pensamento novo provém de reciprocidade das mentes. Ele evolui confronto de idéias, incluindo paixões e admirações, como também desapontamentos e equívocos resultantes da reciprocidade.

Para Marková (2006) o ser significa comunicar. O Alter-Ego existe somente dentro dos parâmetros da comunicação. Mas a autora salienta que o termo “Alter” é usado para os outros em vez de o outro, “o Alter-Ego se refere, igualmente, à comunicação dentro e entre os grupos e subgrupos, comunidades, sociedades e culturas” (p. 134). A dialogicidade é a capacidade do Ego de conceber e compreender o mundo e de criar realidade em termos do Alter. O conhecimento dialógico é gerado a partir do processo de três componentes do Alter-Ego-Objeto (representação social), em suas muitas manifestações e dinâmicas, em vez de um monólogo.

Marková (2006) destaca que para poder instigar os indivíduos ou os grupos, é necessário aumentar suas percepções dos principais assuntos. As campanhas de saúde tentam alertar o público a respeito dos riscos associados com o fumo, as drogas, o risco de relação sexual sem o preservativo, etc., mas se não houver tensão ou conflito entre o eu e o grupo, as ações não podem acontecer. A noção de tensão descrita pela autora expressa ímpeto e uma ação ou uma mudança. A tensão é inerente na relação Alter-Ego e, por implicação, na teoria das representações sociais e, conseqüentemente, na comunicação, pois não pode haver comunicação alguma entre os participantes, a menos que eles se juntem pela tensão de tal forma que a ação social marcada pelas oposições em tensão se confronte, seja negociada, avaliada e julgada.

No processo de conversação e comunicação social na mídia de massa, os objetos são criados e elaborados pelos atores sociais, que podem interagir no processo de

comunicação quaisquer recursos de que disponham (Moscovici, 1982). Portanto, quando se apresenta conteúdos que antes eram vistos como desconhecidos para os jovens, no caso conhecimentos científicos sobre o HIV/aids, passa-se por um processo de tornar esse conhecimento familiar, ancorar em conteúdos prévios. Ele passa a ser usado em várias situações sociais, como um meio de compreender outros e a si mesmo, e principalmente de interagir.

2.2.4 Dimensão Midiática da Aids

Em 30 de outubro de 1985, o jornal francês *Le Figar*, com a frase "A AIDS é a primeira doença da mídia", destacava um dos aspectos mais marcantes da epidemia da aids - sua ampla difusão no mundo pelos meios de comunicação de massa - e a construção de um novo fenômeno social: a aids-notícia. Para além de uma doença e de uma epidemia, a aids tornou-se um fenômeno social marcado por tecnologias modernas no campo das pesquisas médicas, pelo ativismo social e pela impressionante dimensão midiática que assumiu (Spink, Medrado, Menegon, Lyra & Lima, 2001).

É possível expressar essa dimensão midiática em termos do número de matérias e conseqüente destaque dado à aids na pauta de diferentes veículos. Por exemplo, segundo Biancarelli (1997), de setembro de 1987 a dezembro de 1996, a Folha de São Paulo publicou 7.074 matérias que, de alguma forma, faziam referência à aids; ou seja, ao longo de nove anos, foi publicada uma média duas matérias por dia. Afirma esse autor que "o destaque dado ao HIV continua sendo unanimidade em quase toda a mídia. Enfermidades centenárias, como a tuberculose, ou que continuam matando mais, como a malária, nunca ganharam uma pequena parte dessa atenção" (p. 144).

Entretanto, o que parece ter cativado os pesquisadores nessa área são as funções da mídia como elemento imprescindível da produção de sentidos na sociedade contemporânea, frente a eventos que se configuram como novos e/ou ameaçadores. A mídia, nessa perspectiva, cumpre dois papéis importantes: por um lado, a imprensa anunciou o aparecimento de um novo fenômeno no campo da patologia; e, por outro, desenhou progressivamente seus contornos e, sobretudo, operou a passagem das informações sobre a doença do domínio médico e científico para o registro social. Nas palavras de Herzlich e Pierret (1988):

"....a imprensa fez com que a aids circulasse entre diversos grupos sociais que pouco a pouco se consideraram afetados e se mobilizaram; ela polarizou as relações que se teciam a seu respeito. Por meio dela, a doença tornou-se objeto de tomadas de posição, de enfrentamentos, de clivagens coletivas¹⁰" (p.9).

Thompson (1990) destaca que as mensagens midiáticas deveriam compreender três dimensões: (1) o estudo da produção e difusão das formas simbólicas, que remete à investigação das instituições, campos de saber e formações discursivas que têm interface com a comunicação midiática, em uma perspectiva sócio-histórica ou numa abordagem etnográfica; (2) o estudo da construção das mensagens, cujo processo de análise formal ou discursiva considera a mensagem comunicativa como uma construção simbólica complexa; e (3) a pesquisa sobre a recepção e apropriação dessas pelo público, de modo a identificar e examinar as circunstâncias e as condições socialmente diferenciadas em que as mensagens são recebidas em contextos sociais específicos.

¹⁰ Tradução realizada pela autora

No caso da aids, é o segundo aspecto que tem concentrado o esforço dos pesquisadores, de acordo com Spink e cols. (2001), já que praticamente não existem estudos a respeito da recepção de mensagens, com exceção do estudo realizado por Kitzinger (1993, 1995) sobre as percepções de diferentes grupos populacionais sobre as campanhas da aids. Dentre os estudos centrados na construção da mensagem destacam-se, o de Herzlich e Pierret (1988), Fausto Neto (1999), Naiff (1999) e Barbará e Camargo (2004).

Herzlich e Pierret (1988) focalizaram especificamente a construção do fenômeno social aids, com base em matérias publicadas entre janeiro de 1982 e julho de 1986 em seis jornais franceses. Abrangendo o período entre a publicação da primeira notícia sobre a aids em jornais franceses e a cobertura da II Conferência Internacional sobre a aids (realizada em Paris, em 1986), consideram ter efetivamente coberto o período crucial da construção desse fenômeno. Afirmam que, "a partir do verão de 1986, a aids é um dos elementos da vida social, cujos contornos estão fixados, sejam quais forem os desenvolvimentos posteriores" (p.10). Buscaram, dessa forma, analisar, numa perspectiva temporal, as etapas e os mecanismos de construção, demarcando as posturas enunciativas e as mobilizações coletivas a elas associadas, de modo a entender as estratégias de localização (física e social) da doença, seus números, a incorporação paulatina dos saberes emergentes sobre causas e tratamentos e a associação metafórica com outras doenças, entre elas o câncer, a sífilis e a peste. Outro estudo, também enfocando a mídia Francesa, mas televisiva, realizado por Camargo (2003), no período de 1982 a 1994, a aids aparece pela primeira vez no dia 27 de março de 1982, destacando a doença como o "câncer dos homossexuais", o que acompanhava as notícias divulgadas na mídia impressa.

Fausto Neto (1999), focalizando a mídia brasileira (quatro jornais, dois de circulação nacional e dois regionais), analisou as matérias publicadas entre 1983 e 1995, buscando descrever as condições de comunicabilidade da aids através dos processos midiáticos, com especial atenção à função de "mediatização" das mídias. Tomando-a como um dos discursos possíveis que atua em sintonia ou tensão com outros campos discursivos, aborda as estratégias utilizadas na tarefa de comunicabilidade, entendendo-as como "(...) agendas, tematizações, estratégias de tratamentos, hierarquizações de outros discursos a partir de diferentes modalidades de políticas editoriais" (p. 146).

Na análise de Naiff (1999), também da mídia brasileira, foram estudadas duas fontes de informação da mídia impressa: a revista Veja e o jornal Folha de São Paulo. O autor selecionou artigos referentes ao tema aids, da revista Veja no período de 1981 a 1998, totalizando 153 artigos. E, para análise do jornal Folha de São Paulo, selecionou todas as notícias referentes à aids no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1997, com o total de 1.349 matérias publicadas. O autor constatou nos artigos públicos pela revista Veja, cinco classes de notícias mais abordadas: formas de transmissão (30,99%); coquetel/financeiro (28,13%); Aids no cotidiano (20,88%); Ciência (12,09%) e coquetel/tratamento (7,91%), demonstrando assim que aspectos relacionados à transmissão do HIV eram mais abordados pela mídia do que aspectos relacionados à ciência. E com relação ao Jornal Folha de São Paulo, detectou apenas duas classes de notícias, formas de transmissão e Ciência, apontando a importância das campanhas preventivas na divulgação das formas de transmissão e a busca dos cientistas de formas eficazes de prevenir a disseminação da doença – uma vacina – e de combatê-la.

Barbará e Camargo (2004) analisaram quatro revistas de circulação nacional (Veja, Ciência Hoje, Superinteressante e Família Cristã) no período de 1996 a 2002, e

constaram que os meios impressos estudados publicaram poucos artigos sobre o tema no período considerado. De acordo com os autores, as revistas “Veja” e “Família Cristã” focalizam os conteúdos dos seus artigos em dados epidemiológicos a respeito da doença e da disseminação do vírus em grupos específicos, tais como: adolescência, recém-nascidos, crianças e mulheres casadas. A “Superinteressante”, que apresentou o maior número de conteúdos e manchetes sensacionalistas, publica dados sobre pesquisas e acompanha os resultados das pesquisas em relação ao tratamento; e, por último, a “Ciência Hoje” enfoca seus conteúdos nos avanços da ciência na busca por uma vacina preventiva eficaz, bem como na luta dos cientistas em busca da cura da doença.

No meio midiático, mecanismos de contenção ou moralização vêm sendo continuamente desenvolvidos. Em relação à aids, no Brasil, existem orientações dirigidas aos jornalistas por organismos governamentais e não governamentais, recomendando atenção especial ao uso de termos que podem apresentar conotações discriminatórias ou preconceituosas (Spink e cols., 2001). Como afirmam Mann, Tarantola e Netter (1996), a escolha de palavras é importante porque está associada, por um lado, à luta entre os esforços de prevenção e assistência ao HIV e aids e, por outro lado, ao status *quo* do pensamento da comunidade. As palavras têm muitos significados ou códigos diferentes. Dentre os exemplos da evolução da linguagem da aids estão: prostitutas - hoje amplamente designadas profissionais do sexo; paciente/vítima da aids = pessoa que vivem e convivem com o HIV/Aids; viciado = usuário de drogas; hemofílicos = pessoas com hemofilia; pessoa promíscua = pessoa com vários parceiros sexuais; grupo-alvo = comportamento alvo.

Portanto, na sociedade contemporânea, a mídia assumiu um papel fundamental nos processos de produção de sentidos, introduzindo transformações nas práticas discursivas cotidianas. A mídia constitui um meio poderoso de criar e fazer circular discursos, e tem o poder de criar espaços de interação, propiciando novas configurações aos esforços de produção de sentido.

2.2.5 Adolescência, Aids e Mídia

A palavra “adolescer” vem do latim e significa crescer, engrossar, tornar-se maior, atingir a maioridade. A adolescência é um período de crescimento no qual o indivíduo precisa realizar diversas tarefas para efetuar a passagem da infância à vida adulta. Essas tarefas estão relacionadas a algumas mudanças características deste período, sendo que a principal é a busca pela identidade sexual, social e psíquica. A partir das mudanças ocorridas na puberdade, o adolescente desenvolve a necessidade de conhecer seu próprio corpo e de explorar a relação com o corpo do outro, na busca por um comportamento sexual apropriado. A identidade social e psíquica se constitui através dos conflitos entre a necessidade de independência dos pais, por um lado, e a aproximação e dependência do grupo de amigos, por outro. Pais e amigos têm uma grande importância para a formação de um código de valores próprios do adolescente. Esse será constituído a partir da interação social e da escolha de elementos adquiridos na infância, tornando-se parte de sua identidade adulta (Outeiral, 1994).

A adolescência é um período de dúvidas, conflitos, mudanças e descobertas, o que pode ocasionar “condutas de risco”, como relações sexuais sem preservativo, tornando o adolescente vulnerável a contrair doenças sexualmente transmissíveis

(DSTs), dentre elas a aids. Por vulnerabilidade pode-se entender “as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se contaminar, dado o conjunto formado por características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema” (Ayres, 1999, p.65). Mann, Tarantola e Netter (1993) adotam o conceito de vulnerabilidade biológica, no qual todo e qualquer indivíduo, que uma vez exposto ao vírus através do ato sexual ou do contato com sangue contaminado, pode tornar-se HIV positivo.

Uma vez que biologicamente todos são vulneráveis ao HIV, não existindo, até o presente, meio eficaz para destruir ou repelir o vírus, resta investir para que a infecção não ocorra, e a alternativa é a prevenção. De acordo com Abramovay e Rua (2001), existem pelo menos três aspectos que tornam o adolescente vulnerável: (1) a informação e a comunicação sobre o tema são escassas; (2) existem barreiras materiais e culturais que limitam o seu acesso à proteção; (3) a escassez de alternativas faz com que os jovens, especialmente nas camadas sociais mais baixas, tenham que escolher entre não satisfazer suas necessidades (sentimentais, psicológicas) ou correr o risco de contaminar-se e satisfazê-las.

A partir disso, os adolescentes constituem uma população vulnerável ao HIV, devido à reorganização psicossocial por que passam e ao início da vida sexual. E para estimular a prevenção da aids, veiculam-se campanhas que abordam racionalmente o risco do sexo desprotegido, mas que apresentam resultados insatisfatórios. O comportamento de prevenção depende da percepção de risco do indivíduo, que varia de acordo com o nível informacional, contexto interacional, psicossocial e temporal (Foreman, 2003). Para Cicognani, Zani e Albanesi (2003) existe na adolescência uma

diminuição de sentimento de insegurança em concomitância com a formação da identidade e aquisição da autonomia.

Os fatores associados ao risco em relação à aids são muito mais que o mero conhecimento sobre a prática de sexo seguro e o conhecimento de risco, pois no momento em que o indivíduo necessita tomar uma decisão diante de uma situação, o estado emocional e cognitivo podem influenciar na avaliação dos riscos e, conseqüentemente, em sua decisão no uso do preservativo (Foreman, 2003; Gutnik, Hakimzada, Yoskowitz & Patel, 2006).

É imprescindível que haja uma diferenciação entre os conceitos: risco, percepção e percepção de risco. O risco possui uma natureza subjetiva e representa uma mistura de conteúdos científicos e de fatores psicológicos, sociais, culturais e políticos importantes. Já a percepção é enfocada de acordo com critérios subjetivos elaborados pelo sujeito. E a percepção de risco deve ser examinada a partir das opiniões que os indivíduos experimentam quando devem, de diversas maneiras, avaliar as tecnologias, substâncias ou atividades com mais ou menos riscos (Chauvin & Hermand, 2006).

Chauvin e Hermand (2006) descrevem que estudos em percepção de risco tendem a buscar respostas para duas questões: por que certas atividades, substâncias ou tecnologias são percebidas com mais riscos que outras pela população em geral e por que certos indivíduos percebem um conjunto de atividades, substâncias ou tecnologias mais arriscadas que outros indivíduos? Após três décadas de pesquisa sobre a percepção de risco, existem evidências de resposta para a primeira questão, mas quanto à segunda, os autores argumentam que os dados são insuficientes e confusos. Assim, em relação aos principais achados referentes a primeira pergunta, a percepção de risco é afetada por duas variáveis: sociodemográficas e psicossociais. As variáveis sociodemográficas são:

gênero, idade, experiência com a tecnologia científica, nível de instrução, profissão, nível de renda, orientação política e ciclo de vida; e as psicossociais são: *status*, mídia, visão de mundo, ansiedade, confiança social, crenças religiosas e personalidade. O quadro 1 apresenta uma síntese dos principais resultados.

Variáveis sociodemográficas	Principais descobertas¹¹
Efeito de gênero	A percepção de risco das mulheres é mais elevada do que a dos homens (Slovic, 1999).
Efeito da idade	Não existe uma tendência concreta do efeito da idade sobre a percepção de risco. O efeito vai depender do objeto estudado (Conh, Macfarlane, Yanez e Imai, 1995).
Efeito do nível de experiência científica	Os leigos percebem-se com mais riscos que os experientes (cientistas) (Finucane, Slovic, Mertz, Flynn & Satterfield, 2000).
Efeito do nível de instrução com informação	Os indivíduos menos instruídos percebem-se globalmente com mais riscos que os indivíduos mais instruídos (Savage, 1993).
Efeito profissão	A profissão e a experiência desempenham papel importante dentro da percepção de risco (Nyland, 1993).
Efeito do nível de renda	Os indivíduos mais pobres possuem as percepções de risco mais elevadas (Vaughan & Nordenstam, 1991).
Efeito da orientação política	As orientações políticas orientam a percepção de risco (Sjöberg, 1996).
Efeito do ponto de vista adotado por indivíduos quanto ao ciclo de vida ou efeito do ciclo de vida	Os julgamentos dos riscos são diferentes segundo pontos de vista adotados por indivíduos quanto ao ciclo de vida (Sjöberg, 2000).
Variáveis Psicossociais	
Influência de Status	Existe influência do status/posição dos indivíduos dentro da sociedade (Slovic, 1999).
Influência de exposição midiática	A influência da mídia sobre o risco percebido é uma hipótese mais do que provável para tomar conta das similaridades e das diferenças de percepção de risco (Ahmed, 2006).
Influência da visão de mundo	A compreensão da maneira que os indivíduos pensam ou interpretam os riscos não podem ser entendidas sem contar com o contexto sócio-cultural em que o indivíduo está inserido (Lai & Tao, 2003).
Influência da ansiedade	Definida como uma tendência excessiva a perceber as ameaças iminentes diante o meio ambiente (Sjöberg, 1998).
Influência da confiança social	A confiança social é definida pela vontade de se filiar as instituições ou organizações que são responsáveis por tomar as decisões e por gerir as tecnologias, o meio ambiente e outros domínios da saúde e da segurança pública (Sjöberg, 2001).
Influência de crenças religiosas	As práticas religiosas têm influência na percepção de risco dos indivíduos (Sjöberg & Wahlberg, 2002).
Influência da personalidade	A personalidade vai influenciar no comportamento e no risco percebido dos indivíduos (Rolland, 2004).

Quadro 1 – Efeitos das variáveis sociodemográficas e psicossociais na percepção de risco (Chauvin & Hermand, 2006)

¹¹ Ver referências das principais descobertas em Chauvin e Hermand (2006)

Essas variáveis sociodemográficas e psicossociais descritas pelos autores são apenas algumas das características que permeiam a percepção de risco, restando ainda a necessidade de mais estudos sobre a percepção do risco ser diferente entre os indivíduos, já que um dos indicadores de prevenção contra o vírus HIV é a percepção de risco que a população possui em relação à aids.

No caso da epidemia da aids, a adoção do uso de preservativo é a única barreira comprovadamente eficaz contra a transmissão sexual do HIV e das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Estudos realizados com jovens em relação ao uso do preservativo (Albarracín, Jonhson, Fishbein & Muelleririle, 2001; Antunes, Peres, Paiva, Stall & Hearst, 2002; Cecil & Zimet, 1998) detectaram que a maioria possui pouca intenção de utilizá-lo. Os fatores que influenciam a decisão do sexo protegido (Gebhardt, Kuyper & Greunsven, 2003) dependem da relação existente entre os parceiros. O principal fator para o não uso do preservativo é a presença de parceiro fixo (Jiménez, Gotlieb, Hardy & Zaneveld, 2001). De acordo com Apter, Cacciatore e Hermanson (2004), as circunstâncias que influenciam o não uso do preservativo são: o valor do preservativo, a dificuldade em comprá-lo, experiências sexuais não planejadas, o uso de álcool e drogas, e a propensão para assumir riscos.

Um estudo realizado por Tamayo, Lima, Marques e Martins (2001), com 300 estudantes da Universidade de Brasília, com o objetivo de verificar se as prioridades axiológicas das pessoas influenciam direta ou indiretamente no uso de preservativo no relacionamento sexual, avaliado por meio do Inventário de Valores de Schwartz, constatou que o uso de preservativo se relaciona negativamente com as crenças que se fundamentam na diminuição da sensação sexual e que propor ao parceiro ou à parceira o

uso de camisinha demonstra falta de confiança nele(a); e, positivamente, com a opinião que quem estima a sua saúde deve usar camisinha regularmente.

MacDonald, MacDonald, Zann e Fong (2000), testando a teoria da miopia alcoólica de Steele e Southwick (1985), relacionando o álcool à excitação sexual e à intenção de rapazes universitários (de 18 e 19 anos) usarem o preservativo, demonstraram que o álcool interfere significativamente na decisão do (não) uso do preservativo. Outro fator destacado por pesquisadores (Betts, Peterson & Huebner, 2003; Pascual, 2002) é que os meninos possuem mais resistência ao uso do preservativo que as meninas.

Um estudo realizado por Carlini-Cotrin, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000), com jovens estudantes de escolas públicas e particulares da região metropolitana da cidade de São Paulo, detectou que uma proporção significativa engajava-se em comportamentos de riscos. Nas escolas públicas os comportamentos mais freqüentes foram andar de motocicleta sem capacete e não utilizar o preservativo na última relação sexual; já nos alunos das escolas particulares, o uso de substâncias psicoativas, principalmente o álcool, eram mais freqüentes.

A Psicologia Social têm contribuído para a compreensão da relação entre o conhecimento e as práticas preventivas em saúde. Godin (1991) descreve as principais teorias explicativas da adoção de determinado comportamento por parte dos indivíduos no que se refere a este domínio. Segundo ele, para o modelo das “crenças sobre a saúde” (*health belief model*, de Becker), a percepção de uma ameaça é que explica o comportamento preventivo; já para o modelo da “ação refletida” de Fishbein e Ajzen, é a intenção composta pelas atitudes sobre o comportamento e pelas normas subjetivas (oriundas da relação com pessoas influentes para o indivíduo) que conduz à adoção do

comportamento; para o modelo dos “comportamentos interpessoais” de Triandis, é uma complementaridade entre a intenção, o hábito e as condições facilitadoras ou complicadoras da conduta que operam; e, por último, para o modelo do “comportamento planejado” de Ajzen e Madlen, a percepção que o indivíduo tem do seu controle sobre o comportamento a ser adotado é importante.

A relação entre a informação e a ação (o comportamento) não tem um único sentido. Às vezes, como destaca McGuire (1976), a teoria da persuasão denominada “modelo da coerência¹²” mostra-se útil para explicar o que o “modelo da difusão de informação¹³” não pode fazê-lo, ou seja: existem situações onde a mudança do comportamento precede à intenção de adotar condutas preventivas, que sustentam, por sua vez, mudanças de atitude sobre a saúde.

Camargo e Barbará (2004) realizaram um estudo com 300 estudantes do ensino médio de escolas Públicas e Particulares das cidades de Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú, sobre os efeitos da leitura de panfletos informativos sobre a aids no conhecimento desta doença e nas atitudes frente ao uso do preservativo. Verificaram a existência de impactos positivos da leitura dos panfletos no conhecimento, mas em relação à atitude frente ao preservativo houve uma diminuição da favorabilidade. O ganho no conhecimento sobre o tema indica que o contato com novas informações, adaptadas ao público destinatário das mesmas, torna-se relevante como instrumento de prevenção a ser disponibilizado aos jovens. Quanto ao material informativo ter proporcionado uma diminuição da favorabilidade da atitude frente ao preservativo, é

¹² Modelo da coerência - O indivíduo muda o comportamento para depois mudar sua atitude (Mc Guire, 1976).

¹³ Modelo da difusão de informação - O indivíduo primeiro muda sua atitude para que produza depois uma mudança de comportamento (Mc Guire, 1976).

possível que a mensagem preventiva tenha suscitado preocupação e medo nos jovens. Todavia, de acordo com os autores, é possível avaliar como positiva a utilização de panfletos como estratégias preventivas frente à aids. Outro fator destacado é que apenas aumentar o nível informacional sobre a transmissão do HIV e sobre a necessidade de usar o preservativo parece não ser suficiente para garantir um efetivo comportamento de proteção. Seria preciso, além de disponibilizar informações, oferecer programas de educação sexual, que possam aumentar a capacidade de tomada de decisão para desenvolver práticas mais seguras.

A prevenção precisa estar integrada à idéia de cidadania e direitos, bem como relacionada aos temas da sexualidade, uso de drogas e diferenças de gênero. E a mensagem informativa deve ser transmitida em uma linguagem clara, franca e acessível, principalmente desprovida de preconceitos e/ou idéias que não possuam respaldo científico e que, por isso, não desenvolvam a devida conscientização sobre a necessidade da prevenção (Paiva, Peres & Blessa, 2002).

Existe pouca divulgação científica em relação à aids, e quando há um trabalho, é realizado pela Internet, como o *Web Site* destinado aos adolescentes (www.adolessite.aids.gov.br) da Coordenação Nacional sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (CN DST/AIDS), ou do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids (NEPAIDS) do Instituto de Psicologia da USP (www.usp.br/nepaids), além do *Web Site* da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA (www.abiaids.gov.br). Mas é importante ressaltar que, conforme Matsukuma e Leite Filho (2001), nos países em desenvolvimento, a internet ainda não é um meio acessível a todos.

Crawford e Jason (1990) destacam também a importância das informações divulgadas pela televisão e pela mídia impressa no comportamento e atitudes dos

adolescentes na promoção de saúde. De acordo com os autores, é através da mídia que o jovem reúne informações sobre seu meio, incluindo informações sobre comportamentos de risco, que envolvem a sexualidade e o consumo de drogas e cigarros. Segundo Straburger (1999), nos Estados Unidos a televisão e outros meios de comunicação, como as revistas, são principais fontes de informação sexual, sendo que “na ausência de uma ampla e efetiva educação sexual em casa ou nas escolas, a televisão e outros meios de comunicação tornam-se a fonte principal de educação sexual” (p. 53). A informação fornecida, para provocar uma redução do comportamento de risco, deve incluir conhecimentos específicos a respeito da transmissão e prevenção (D’Amorin, 2002).

A implementação de campanhas destinadas a grupos vulneráveis ao HIV, com informações sobre as formas de prevenção e transmissão, diminui os comportamentos de risco. No Brasil, as campanhas de prevenção são poucas. O calendário de prevenção da aids na mídia envolve poucas inserções nas rádios e na televisão, geralmente na época do carnaval, e mesmo assim dirigidas ao público em geral (Devos-Comby & Salovey, 2002).

Em pesquisa realizada por Madeira (1998) com 48 jovens (9 a 22 anos) de ambos os sexos, da cidade de Natal, constatou que a frase repetida pela mídia “AIDS mata” estava presente em quase todas as entrevistas da mesma forma que informações sobre sua prevenção, isto é, havia uma associação direta entre o medo da aids e as formas de transmissão. De acordo com Lage (1998), a prevenção da aids, para ser efetiva entre os jovens, deve articular diferentes níveis de estratégias: informação associada à discussão a respeito da doença e da epidemia, desde que adaptada à idade e ao potencial de escuta da população, e que responda as questões, isto é, dúvidas, da população endereçada.

Um estudo realizado por Roso (2000), analisando a recepção de sete propagandas de prevenção da aids veiculadas na televisão, divulgadas no sul do Brasil, em Porto Alegre e no Rio Grande do Sul, com 38 mulheres com idades entre 18 a 51 anos, indicou que a televisão é uma importante fonte de informações relacionadas à aids, contudo as propagandas nela veiculadas não estimulam o uso do preservativo. As entrevistadas destacaram a necessidade de objetividade, clareza e simplicidade do conteúdo das mensagens divulgadas.

Em pesquisa realizada por Camargo, Botelho e Souza (2001), com 1.386 estudantes do Ensino Médio da cidade de Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú, identificou-se que a qualidade do conhecimento sobre a aids está ligada à fonte de informação. Jovens que declararam ter os amigos como principal fonte de informação apresentam problemas de conhecimento sobre a transmissão do HIV. Os dados indicaram que persistem falsas crenças sobre a transmissão do HIV, como considerar que o vírus é transmitido em banheiros públicos (27,2% dos adolescentes) ou pela picada do mosquito (22,4%); bem como aparece confusão quanto à transmissão do HIV pela doação de sangue (34,5% dos adolescentes). De acordo com os autores, as principais fontes de informação sobre aids são a escola e a televisão, sendo que as revistas, panfletos, vídeos, amigos e jornais também aparecem, porém como fontes secundárias. Indagados sobre suas preferências quanto à forma de receberem informações sobre a aids, 68,9% responderam que preferiam filmes (audiovisuais) e 37,5% panfletos.

Existe uma série de vídeos sobre aids, o que pode ser constatado no Centro de Documentação (CEDOC) da ABIA, e uma parcela razoável dos mesmos é destinada aos adolescentes. No entanto, a maior parte deles tem uma linguagem prescritiva, voltada

para a operacionalização da prevenção. Além disso, duas outras características são encontradas em alguns vídeos: o predomínio de opiniões ou ideologias em detrimento do conhecimento científico (trazendo problemas aos seus conteúdos informacionais) ou a subordinação à linguagem da televisão (enfatizando o espetáculo em detrimento da informação).

Camargo, Bárbara e Bertoldo (no prelo) estudaram o efeito de dois vídeos informativos no conhecimento científico sobre o HIV/Aids em 141 estudantes do ensino médio da cidade de Florianópolis. O primeiro vídeo apresentava conteúdos científicos sobre a aids, e o segundo conteúdos mais popularizados. O experimento pôde evidenciar que somente a apresentação e compreensão do vídeo documentário de conteúdo mais científico, implicaram em aumento do conhecimento sobre o HIV/Aids. A informação científica sobre a aids apresentada de forma mais popularizada, com apelo à emoção e à persuasão por meio da identificação – com o uso de atores e cantores famosos – não implicou em melhoria no conhecimento científico sobre a aids. Evidenciou-se que a quantidade de informação veiculada com fins de entretenimento para atrair a atenção dos jovens (no caso, vídeo mais popularizado) não implicou em incremento significativo ao passo que a qualidade científica da informação parece ter incitado à curiosidade dos alunos, gerando impacto significativo na informação científica.

Os meios de comunicação, em geral, são importantes na divulgação das questões relativas à aids, na medida em que podem atingir populações menos favorecidas e aquelas em condições econômicas e sociais favoráveis, atuando desta forma como agentes de transformação social, bem como responsáveis pela qualidade da informação divulgada. O rádio, a televisão, os jornais, as revistas e a internet podem ser aliados das estratégias em resposta à epidemia. É importante que as mensagens sejam

adequadamente adaptadas a cada meio de comunicação, visando atingir grupos específicos da população.

A argumentação até aqui desenvolvida teve por finalidade situar a complexidade da questão aids e sua prevenção, bem como a importância efetiva de se aprender e analisar, enquanto objeto de estudo, as representações sociais que delas são feitas. Estudar tais representações implica assumir que o sentido deste objeto não é único, nem decorre somente das informações transmitidas pela mídia, mas também, das vivências pessoais e do convívio dos jovens nos grupos de amigos e no meio familiar. O que faz refletir sobre o indivíduo como um ser social, que interage com o meio constantemente, e que compreender como o jovem está recebendo, organizando e re-organizando essas informações é muito relevante para que se possam desenvolver estratégias preventivas contra esta epidemia.

2.3 Divulgação Científica

A humanidade sempre criou formas de difundir os saberes que ela produziu utilizando práticas educativas. Um dos componentes do saber é o científico e tecnológico, em que cabe à escola e aos meios de comunicação o papel de difundi-lo. Toda prática social precisa se reproduzir, ou seja, criar seguidores para sobreviver. Assim, a Ciência¹⁴ precisa formar seus adeptos e garantir junto aos outros grupos uma função social. Essas demandas geram a necessidade de se propagarem os conhecimentos científicos produzidos (Shamos, 1998).

¹⁴ O vocábulo “ciência” deriva do latim “scientia”, substantivo etimologicamente equivalente a “saber”, “conhecimento” (Bazzo, 1998).

A divulgação da ciência é instrumento necessário para consolidar a democracia e evitar que o conhecimento seja sinônimo de poder e dominação. Esta divulgação não pode ser entendida como contribuição para reduzir a ignorância do cidadão, mas um caminho para entender o que pensa a respeito de ciência e quais dificuldades tem de avaliar riscos e valores. Ou seja, deve ser um instrumento de comunicação que informe e propicie o diálogo entre os laboratórios e o público (Candotti, 2001; Massarani & Moreira, 2001). Como ressalta Almeida (2002), “a vida moderna está cada vez mais dependente da ciência e cada vez mais impregnada dela” (p. 68).

Mas é necessário esclarecer e diferenciar alguns termos e conceitos utilizados na área da divulgação da ciência, tais como: difusão, disseminação, divulgação, popularização e vulgarização. Os termos referem-se a diferentes tipos de público ao qual a atividade é dirigida, a linguagem utilizada e o contexto no qual a informação é divulgada (Bueno, 1958).

Bueno (1985) caracteriza os termos difusão, disseminação e divulgação científica. De acordo com o autor, a “difusão científica” refere-se a todo processo ou recurso utilizado para veicular informações científicas ou tecnológicas. É uma categoria ampla e global que abarca os outros dois conceitos. Quando esta veiculação dirige-se a especialistas, recebe o nome de “disseminação”, e quando é dirigida ao público em geral, denomina-se “divulgação científica”.

A disseminação científica “pressupõe a transferência de informações científicas e tecnológicas, transcritas em códigos especializados, a um público seletivo, formado por especialistas” (Bueno, 1985, p. 1421). Esta disseminação pode ser caracterizada em dois níveis: a disseminação intrapares e a extrapares. Na primeira as informações científicas e tecnológicas acontecem entre especialistas de uma área específica ou áreas afins - este

nível é caracterizado por público especializado, um conteúdo específico e um código fechado. Na disseminação extrapares, as informações ocorrem para especialistas fora da área da disseminação. O público continua sendo especializado, contudo não em um domínio determinado, e o conteúdo também apresenta um código, mas é passível de tradução para um público que domine outras áreas do conhecimento científico.

A divulgação científica “compreende a utilização de recursos, técnicas e processos para veiculação de informações científicas e tecnológicas ao público em geral” (Bueno, 1985, p. 1421). Neste contexto vinculam-se livros didáticos, folhetos de campanhas de saúde, documentários, programas especiais de rádio e televisão, jornalismo científico, centros de museus e ciências, revistas em quadrinho, etc. Outro fator importante, além da divulgação impressa, é a rede de informações de acesso eletrônico denominada de internet que, de acordo com Carboni (2005), tem sido um instrumento potente de disseminação e de divulgação da ciência.

Portanto, a divulgação científica consiste em difundir, junto ao grande público, os resultados da pesquisa científica e técnica e, mais frequentemente, o conjunto das produções do pensamento científico, produzindo mensagens facilmente assimiláveis (Askevis-Leherpeux, Leyens & Drozda-Senkowska, 2000; Schiele & Jacobi, 1989). O interesse do grande público, isto é, da população em geral, pela ciência e tecnologia, manifesta-se particularmente por meio de um aumento do consumo de produtos culturais relacionados aos saberes científicos e técnicos, que se agrupa, em geral, sob a expressão de popularização científica. A proliferação de revistas e periódicos dedicados à apresentação dos resultados do trabalho científico e ao exame de suas repercussões atesta a extensão das práticas de popularização e diversificação das estratégias de comunicação (Schiele & Boucher, 2001).

A divulgação da ciência, conhecida nos Estados Unidos como *Science Popularization* (Popularização Científica) e na França como *Vulgarization Scientifique* (Vulgarização Científica) (Mezzomo, 2004), tem sido foco de muitas discussões sobre como tornar o conhecimento científico acessível ao público (Almeida, 2002; Bauer, 1994; Massarani & Moreira, 2002, 2001). Neste sentido, são necessárias algumas reflexões acerca das possibilidades e limites desta atividade, pois é pertinente que exista um cuidado com a simplificação do conhecimento. Uma crítica à divulgação científica levantada por Barros (2002) é a “vulgarização da ciência” no sentido pejorativo, ou seja, a apresentação da ciência, ou de alguns aspectos que a ciência trabalha, de forma reduzida e banalizada. Segundo o autor, na divulgação da ciência, é comum encontrar o procedimento de “simplificar” para permitir a compreensão por parte de maior número possível de pessoas. A simplificação para tornar acessível “mata” a proposta, e a ciência que é apresentada não tem mais a grandeza nem a profundidade da proposta original.

Para Monteiro e Brandão (2002), o “conhecimento científico e tecnológico só tem sentido se contribuir para o desenvolvimento da cultura em geral” (p. 90). O compromisso de divulgar é o de fazer circular informações que trariam às pessoas possibilidades de aprofundar e consolidar seu saber científico e tecnológico. A “vulgarização” não pode ser simplificável ou dedutível, sob pena de se tornar simplista.

De acordo com Barros (2002), os programas de difusão científica parecem assumir um novo papel social. Se antes eram atividades que permitiam dar conhecimento para um grupo dominante, hoje os programas de difusão surgem como importantes alternativas para cobrir a defasagem entre o saber escolar e o produzido nos laboratórios e centros de pesquisa.

A circulação de idéias e dos resultados de pesquisas é fundamental para avaliar o seu impacto social e cultural, como também para recuperar, por meio do livre debate e confronto de idéias, os vínculos e os valores culturais que a descoberta do novo, muitas vezes, rompe ou fere. Nesse sentido, a divulgação não é apenas página de literatura, na qual as imagens encontram as palavras (quando as encontram), mas exercício de reflexão sobre os impactos sociais e culturais de novas descobertas (Candotti, 2002).

Para que ocorram ações de popularização da ciência, é necessário afirmar o direito de cidadania com relação ao conjunto das questões científicas e tecnológicas, para despertar vocações científicas junto aos jovens e gerar parâmetros para a própria comunidade científica (Candotti, 2001).

De acordo com Miller (2000), é necessário que a sociedade tenha um nível mínimo de entendimento do processo de ciência e dos termos e conceitos científicos para que possa interagir de maneira consciente na sociedade. O indivíduo que tem este entendimento desenvolve uma atitude científica frente ao mundo, sendo capaz de interpretar os resultados científicos com base em evidências e poderá nortear seus julgamentos. Reis (2002) ressalta que durante muito tempo a divulgação se limitou a contar ao público os encantos e os aspectos interessantes e revolucionários da ciência e que somente aos poucos passou a refletir, também, a intensidade dos problemas sociais implícitos nessa atividade (Candotti, 2001).

Favorecer e incentivar a “interatividade” do público com os temas de ciência e tecnologia tem sido a tônica desejada pelos centros de divulgação científica, como os museus, as feiras e exposições. Isto também é evidenciado, pelas redes informatizadas, pelas matérias nas revistas e colunas especializadas.

A divulgação pela imprensa é muito importante, principalmente em países como o Brasil, onde as dificuldades e as precariedades das escolas fazem com que estudantes e professores obtenham informações sobre os progressos da ciência principalmente por meio de artigos de jornais e da televisão (Reis, 2002). Mas como já alertava Vandelac em 1988, é necessário que a mídia não divulgue suas mensagens de maneira sensacionalista, para que não haja uma banalização do conhecimento científico.

2.3.1 Ciência, Tecnologia e Sociedade

A ciência e tecnologia constituem elementos centrais do mundo contemporâneo. No entanto, jamais o conhecimento, no sentido amplo da palavra, distanciou-se tanto da população aqueles que o praticam e o desenvolvem nas suas fronteiras. Embora tão próximo dos impactos de novas descobertas científicas, o cidadão comum sabe muito pouco sobre as práticas da ciência atual, como ela é produzida e, particularmente, acerca do método científico (Mota, 2001).

Portanto, um dos grandes desafios da ciência é ser amplamente difundida, sem perder a precisão, mas para muitas pessoas a ciência é algo ainda distante e um tanto difuso, e quando questionada sobre seu papel na sociedade, uma grande parcela da população só consegue ainda relacioná-la a desenvolvimentos tecnocientíficos notáveis ou mesmo a nomes de cientistas renomados (Bazzo, 1998).

A função social da ciência na produção de conhecimento seria necessária ao desenvolvimento da sociedade. Porém, os caminhos da ciência são desenhados quase que exclusivamente pelos interesses dos cientistas, induzindo a pensar que a forma como vêem o mundo seria a única correta ou possível (Fourez, 1997, 1999). As

comunidades científicas são responsáveis pela sua própria perpetuação, por meio do treinamento dos novos cientistas, e são as únicas aceitas pelos seus membros como árbitros de sua prática. Em seu interior, a comunicação é relativamente suficiente, mas fora dela é escassa, dado o alto grau de especialização e de diferenciação de sua linguagem (Khün, 1991), dificultando a comunicação das idéias científicas. Não obstante, sustenta-se que a educação científica da sociedade deve ser suscitada pela academia. Nos países desenvolvidos, há projetos de estreita cooperação entre cientistas e educadores no âmbito da difusão científica, e no Brasil, ressalta-se o papel da universidade na educação continuada dos professores de Ensino Médio (Ramos, 1990/1991). Chauí (1983) aponta que "a universidade está estruturada de tal forma que sua função é dar a conhecer para que não se possa pensar; adquirir e reproduzir para não criar; consumir, em lugar de realizar o trabalho da reflexão" (p. 62), denunciando um modo de comunicação restritivo, reforçado por um segundo plano ameaçador: "a educação em ciência é por vezes um tema que intimida mais os especialistas do que a ciência em si mesma" (p.59).

Khun (1991), analisando as origens e propósitos da ciência, valorizou as decisões (muitas vezes não-intencionais, não-rationais, mas nascidas também do acaso ou da irracionalidade) pelas quais uma disciplina toma sua forma. Uma ciência nasce em uma rede de interesses que posteriormente é fácil analisar (Fourez, 1995). Mas a construção de seus paradigmas, de seu conjunto de regras, das representações mentais e culturais que regem seu surgimento não são culturalmente neutras.

Os resultados científicos permanecem à margem da vida, ou são apresentados como verdades absolutas. No entanto, são apenas modelos, construídos por e para seres humanos, com o objetivo de lidar com a realidade (Fourez, 1997), seja qual for o

sentido que se queira dar a esta. Talvez o caminho não esteja em meramente condenar conceitos e práticas antigos, mas, em ponderando os percursos que a história construiu, inventar um novo modelo de criar e comunicar ciência para a saúde do homem (Fourez & Englebert-Lecomte, 1999; Fourez, 2000).

Neste sentido, a alfabetização em ciência é tomada como uma contribuição à democracia, ao socializar o conhecimento científico de forma a encorajar o debate público e dificultar a centralização de decisões nas mãos de tecnocratas. Assim, é tomada como humanística, ao auxiliar que cada indivíduo aproveite todo o seu potencial, inclusive biológico (Fourez, 1997, 2000), sendo tida como instrumento de melhoria da qualidade de vida (Vogt & Polino, 2003). Fourez (1997) chega a defini-la como um movimento social. Implicaria em conferir aos indivíduos certa autonomia, uma certa capacidade de comunicação, algumas formas de lidar com situações específicas e de negociar; isto inclui o pensar em ciências e o agir em saúde. Para ele, o conhecimento útil deve ser traduzido para as representações da vida quotidiana, inclusive para a tomada de decisões - abarcando resoluções que afetam a saúde dos indivíduos, servindo à autonomia e ao manejo de situações.

A partir de um novo conceito de ciência, surgiram iniciativas já na década de 70, como uma forma de criticar e avaliar a ciência e a tecnologia dentro do contexto social, os estudos sociais da ciência e da tecnologia, ou estudos sobre CTS, que se constituíram como um campo de trabalho nos âmbitos da investigação acadêmica, da educação e das políticas públicas de países ditos desenvolvidos e em desenvolvimento (Bazzo, Pereira & Linsingen, 2000).

Portanto, este movimento denominado CTS tem por finalidade promover a alfabetização científica e tecnológica, mostrando a ciência e a tecnologia como

atividades humanas de grande importância social, embora não determinantes. Trata-se também de estimular ou consolidar nos jovens o interesse pelos estudos da ciência e tecnologia, mostrando com ênfase a necessidade de um juízo crítico e de uma análise reflexiva das suas interfaces na sociedade, como enfatiza Bazzo e cols. (2003):

“...os enfoques em CTS pretendem que a alfabetização contribua para motivar os estudantes na busca de informação relevante e importante sobre ciências e as tecnologias da vida moderna, com a perspectiva de que possam analisá-la e avaliá-la, refletir sobre essa informação, definir valores implicados nela e tomar decisões a respeito, reconhecendo que sua própria decisão final está inerentemente baseada em valores”(p. 144).

Atualmente, os jovens não são preparados para perceber a devida instrumentalidade do conhecimento que foi transmitido com as situações que encontram no seu dia-a-dia. Assim o conhecimento acaba restrito apenas ao cognitivo, fazendo com que os alunos não percebam a importância e aplicabilidade imediata dos conhecimentos aprendidos (Samagaia, 2003).

Uma das formas de trabalhar conteúdos tecnocientíficos, partindo da perspectiva deste movimento, seja a implementação, como enfatizam Bazzo e cols. (2003), de “enxertos” CTS, ou seja, utilizar questões cotidianas no ensino de ciências, no sentido de contribuir com o desenvolvimento dos conteúdos e despertar o interesse dos estudantes. É importante que se favoreça a discussão dos “enxertos” e que não sirvam apenas de exemplo. O objetivo é incitar curiosidade, favorecer os questionamentos, além de buscar o interesse do estudante. Para tal, pode-se utilizar de situações apresentadas pela mídia (televisão, revistas, jornais, vídeos etc) para contextualizar os

assuntos de sala de aula, criando um ambiente para debate, já que neste caso os estudantes estarão envolvidos na prática educativa.

Acredita-se que a abordagem CTS, por meio de casos simulados (controvérsias científicas), implantada na educação secundária seja um dos grandes passos a serem dados na conscientização de jovens a respeito da aids. Afinal, a aids é uma enfermidade em que aspectos éticos, políticos, econômicos e tecnocientíficos estão estritamente interligados. São especialmente relevantes atividades educativas que mostrem implicações sociais, bem como controvertidas, para favorecer o aprendizado social.

2.3.2 Divulgação Científica, Comunicação e Representações Sociais

As representações sociais, como já explicitado, caracterizam-se como um saber que tem uma relação particular com o conhecimento científico. Para compreender o processo de divulgação científica na perspectiva da teoria das representações sociais, é essencial salientar as interfaces que a representação faz com a ciência dentro da sociedade contemporânea (Carboni, 2005).

Schiele e Jacobi (1989) salientam que este processo de divulgação do conhecimento científico deve ser analisado por meio da relação entre a comunicação e o conhecimento que ela instaura. Devido às comunidades científicas partilharem crenças, valores, técnicas e linguagens comuns entre seus membros, a informação acaba se tornando distante do grande público. A mídia tende, com todos os seus dispositivos, a encurtar essa distância. Como os cientistas, usualmente, não têm como prática divulgar as suas idéias para o grande público, um novo papel se impõe na sociedade: o do

mediador (jornalista). Os autores falam de um terceiro homem, que é responsável pela comunicação dos elementos pensados por aqueles que constroem a ciência (especialistas), de acordo com uma linguagem especializada, mas necessária a um sistema coerente, e aqueles que recebem a informação (público). Para que a comunicação entre os especialistas e o grande público aconteça, o papel do mediador é muito importante, pois é por meio dele que a comunicação é possível e a linguagem científica é traduzida.

Dentro desta perspectiva do “terceiro homem”, Moscovici (1978) enfatiza que práticas profissionais de pessoas denominadas por ele de “divulgadores científicos”, “amadores culturais” e formadores de opinião, são representantes da ciência junto ao grande público e que, conseqüentemente, utilizam e criam representações sociais. Sendo assim, as representações circulam e transformam-se, principalmente, por meio das relações de comunicação desenvolvidas entre seus membros, onde a mídia toma o lugar das relações diretas por meio das mensagens que difunde, veiculando as representações segundo modalidades específicas.

Portanto, dentro da teoria das representações sociais, a mídia possui um papel fundamental, pois ao popularizar os conhecimentos produzidos pela ciência para o “homem da rua”, age na produção e veiculação das representações sociais. Esta passagem da ciência para o senso comum não ocorre apenas em uma direção, mas bi-direcionalmente, transformando tópicos do senso comum em tópicos científicos (fluxo ascendente), bem como a transformação do conhecimento científico em senso comum (fluxo descendente). A difusão de idéias na direção descendente constitui uma forma de popularização; a difusão em direção ascendente constitui uma forma de cientificização (Bauer, 1994).

Os estudos em representações sociais trazem uma visão da popularização da ciência a partir do conceito de “resistência” (Bauer, 1994; Schiele & Bouchar, 2001). Segundo Bauer (1994), “a resistência é uma parte essencial da pragmática das representações sociais” (p. 229). Nos contextos inter-grupais, a resistência é um fator criativo, que de acordo com o autor, introduz e mantém heterogeneidade no mundo simbólico dos grupos sociais. A função da resistência é de manter a autonomia para resistir às inovações simbólicas que os grupos não produziram. Esta defesa tem a forma de re-(a) apresentações. Essas representações podem ser consideradas como a ação de um “sistema imunológico” cultural: novas idéias são assimiladas as já existentes, que neutralizam a ameaça que elas apresentam. Assim, tanto a nova idéia como o sistema que a hospeda sofrem modificações nesse processo. Portanto, as representações sociais funcionam como um sistema cultural imunizante em um contexto inter-grupal: inovações simbólicas são ativamente neutralizadas por meio de sua ancoragem em formações tradicionais.

O conceito de resistência, no processo de divulgação científica, considera que o objeto científico se transforma ao longo do processo. Neste contexto, as diferenças entre intenções da fonte e os efeitos da audiência em processos comunicativos são culturalmente significativos e “não simplesmente indicadores de um manejo deficiente da comunicação” (Bauer, p. 252). Portanto, a resistência não é algo que deve ser superado, mas deve ser observado como um fator de criatividade e diversidade.

Para Moscovici (2003), a maioria das pessoas prefere explicações populares a explicações científicas, fazendo correlações enganadoras que fatos objetivos são incapazes de corrigir. A difusão do conhecimento científico poderia melhorar o conhecimento ou o pensamento comum.

Além disso, a abordagem CTS na divulgação científica da aids vai ao encontro das representações sociais, pois, como ressalta Moscovici (2003), o conhecimento é produzido por meio da interação e comunicação. Para o autor a ciência é uma fonte importante de surgimento de novas formas de conhecimento e crença no mundo moderno, mas igualmente formuladora de teorias do senso comum. As representações são sustentadas pelas influências sociais da comunicação, que constituem as realidades da vida cotidiana e servem como o principal meio para estabelecer associações com as quais os indivíduos ligam-se uns com os outros. A representação social como processo só pode ocorrer em grupos e sociedades onde o discurso social inclui a comunicação tanto de pontos de vista compartilhados, quanto divergentes sobre muitos assuntos.

2.3.3 Divulgação do Conhecimento Científico sobre a Aids

Os jovens devem envolver-se ativamente naquilo que irão aprender, devem construir seus conhecimentos, por meio de atividades organizadas em torno de um ou mais problemas, com discussão, críticas, posicionamentos pessoais e elaboração de conclusões. Precisam procurar informações em fontes diversificadas, desenvolvendo habilidades e atitudes científicas, trabalhando conhecimentos ligados ao cotidiano e conscientizando-se quanto à realidade social (Samagaia, 2003).

É importante recorrer a debates, experimentos, leituras sobre o trabalho dos cientistas e sobre os conflitos de idéias. Também é fundamental questionar sobre os conhecimentos científicos e suas aplicações em relação às condições sociais, políticas e econômicas, na época em que ocorrem e no mundo atual (Samagaia, 2003).

De acordo com Wagner (1995), no processo de educação escolar, a maioria das pessoas nas sociedades modernas entra em contato com descobertas e teorias científicas. Dessa maneira, a ciência desempenha um importante papel como fonte de conhecimento do cotidiano, assim como uma autoridade para legitimar e justificar decisões e posições ideológicas.

O conhecimento só é conhecimento enquanto organização, relacionado com as informações e inserido no contexto destas. Não permite a simples transmissão de informações, mas é preciso que se transformem estas informações em conhecimentos que possam ser utilizados para a solução de problemas sociais (Morin, 2000), como no caso da aids. Um dos possíveis caminhos para alcançar este tipo de formação pode ser aproximar o máximo possível os conteúdos discutidos em sala de aula com a realidade vivida pelos adolescentes, pois existe uma descontextualização do que é transmitido da realidade do jovem.

Um dos motivos que levou a questionar as formas como estão sendo divulgados os conhecimentos sobre a aids são as altas taxas de contaminação, principalmente entre os jovens. E apenas transmitir as informações, sem uma possível interação e relação com o seu meio, talvez seja um meio ineficaz de transmissão do conhecimento. Como fica retratado a partir dos dados da pesquisa realizada por Camargo, Barbará e Bertoldo (2005), sobre o nível de conhecimento científico a respeito do HIV/aids, que menos da metade da amostra estudada (262 estudantes de 2ª série do ensino médio da cidade de Florianópolis), pode ser considerada bem informada sobre o tema, demonstrando uma carência de conteúdo e uma provável falha no modo como as informações estão sendo transmitidas aos adolescentes.

Portanto, acredita-se que trabalhar a relação entre conteúdos científicos e sua aplicação, o desenvolvimento tecnológico, e seu impacto social e ambiental (sociedade), possa ser uma estratégia eficaz de prevenção. Existe a necessidade de se criar estratégias de prevenção e divulgação que não estejam preocupadas apenas em transmitir os conhecimentos científicos, mas em fornecer uma relação com o conhecimento que sirva aos interesses e necessidades do jovem para interagir na sociedade. Ou seja, possibilitar que este, se sinta capaz de utilizar seus saberes para participar da sociedade como cidadão, enfatizando a importância da aplicabilidade prática destes conhecimentos para sua relação com o mundo. O tipo de formação oferecida, atualmente, valoriza uma posição passiva, que tem pouca utilidade posterior na vida dos estudantes.

Dessa maneira, uma das formas de divulgação do conhecimento científico sobre a aids pode ser a inclusão de uma abordagem CTS, que provavelmente teria impacto favorável nas diferentes dimensões (conhecimentos e atitudes) que compõem a prevenção da aids nos jovens. A partir do pressuposto de que esta abordagem é um posicionamento epistemológico sobre como divulgar e trabalhar ciência é que se objetiva a construção de uma metodologia própria, que inclui vídeo informativo e caso simulado, para a divulgação do conhecimento científico sobre o HIV/aids.

Torna-se relevante ressaltar que mesmo em uma ação simulada as representações sociais também são afetadas, pois, como ressalta Doise (2001), os “grupos a quais um indivíduo não pertence, mas a que aspira pertencer, podem também desempenhar um papel de ancoragem” (p. 194). O grupo de pertença reveste uma função comparativa em relação aos outros grupos ou categorias na avaliação do destino que está reservado a si mesmo e aos seus semelhantes. Cada grupo irá identificar o que considera ser o núcleo essencial da nova atividade e o ancora nas práticas e modelos de

intervenção social já existentes, ligando o novo a um universo simbólico conhecido e articulado.

Nesta argumentação, há de se ressaltar que a abordagem atual de divulgação de conhecimentos da aids não tem levado em conta o conjunto, já que mencionam os conteúdos de forma isolada e não aprofundada. O indivíduo é apenas um receptor “passivo” das informações referentes à aids. E proporcionar que o jovem receba a mensagem e possa se posicionar frente a ela é fundamental para a aquisição de conhecimento e atitudes favoráveis a práticas preventivas.

A referência que se pretende estabelecer é no contexto da utilização do conhecimento gerado pela interação das individualidades que posteriormente irão colaborar na formação de um conhecimento coletivo. Mais do que uma visão simplista de aquisição de informações sobre o HIV/aids, é sim uma construção de conhecimento dinâmico. Para isto, foram propostas diferentes formas de divulgação do conhecimento científico a respeito do HIV/aids, a partir desta perspectiva.

Assim, estabeleceu-se a seguinte questão de pesquisa: Qual o efeito de diferentes meios de divulgação do conhecimento científico sobre o HIV/aids nas representações sociais do risco da aids, no conhecimento científico sobre o HIV/aids e nas atitudes frente ao preservativo de adolescentes do ensino médio?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar o efeito de diferentes meios de divulgação do conhecimento científico sobre o HIV/aids nas representações sociais, no que se refere ao risco da aids, no conhecimento e nas atitudes dos adolescentes do ensino médio frente ao uso de preservativo.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as representações sociais dos adolescentes sobre o risco da aids;
- Diagnosticar o nível de conhecimento científico dos estudantes sobre o HIV/aids;
- Identificar as atitudes dos adolescentes quanto ao uso do preservativo;
- Verificar o efeito de um vídeo informativo nas representações sociais sobre o risco da aids, no conhecimento científico sobre o HIV/aids e nas atitudes frente ao uso do preservativo;
- Comparar as representações sociais sobre o risco da aids, o nível de conhecimento científico sobre o HIV/aids e as atitudes sobre o uso do preservativo, antes e após a visualização do vídeo informativo;
- Verificar o efeito da aplicação de um caso simulado nas representações sociais sobre ao risco da aids, no conhecimento científico sobre o HIV/aids e nas atitudes frente ao uso de preservativo;
- Comparar as representações sociais sobre o risco da aids, o nível de conhecimento científico sobre o HIV/aids e as atitudes sobre o uso do preservativo, antes e após o caso simulado.

4. MÉTODO

4.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo, de caráter experimental de campo (Bauer & Gaskell, 2002; Kerlinger, 1910), que visou investigar a relação entre representações sociais, conhecimento científico e HIV/aids no contexto da divulgação científica. Para tal, foram realizados dois estudos. O primeiro (Estudo A) consistiu na recepção de vídeo informativo a respeito do HIV/aids, e o segundo (Estudo B), na realização de um caso simulado sobre o tema. Os estudos foram complementares e não comparativos.

4.2 Estudo A – Recepção de vídeo informativo sobre o HIV/aids.

Delineamento do estudo

O delineamento antevê manipulação de duas variáveis independentes: vídeo com discussão (Vcd), com as modalidades de tempo: curto prazo e médio prazo; e vídeo sem discussão (Vsd), com as modalidades de tempo: curto prazo e médio prazo. As variáveis dependentes são: conhecimento científico sobre o HIV/aids, atitude frente ao uso do preservativo e representação social sobre o risco da aids. Neste trabalho adota-se o termo curto prazo para o intervalo de tempo entre a primeira e a segunda coleta de dados de 7 dias, e médio prazo para 14 dias.

4.2.1 Participantes

Participaram deste estudo 378 estudantes da 2ª série do ensino médio de duas escolas públicas da rede Estadual de Ensino da cidade de Florianópolis, divididos em dois grupos e subdivididos em dois tempos (Tabela 1). A decisão de envolver estudantes do ensino médio se justifica pela alta taxa de incidência de contaminação nessa faixa etária de adolescente.

Tabela 1- Distribuição do número de participantes em relação ao grupo e ao prazo

Vídeo	Prazo		Total
	Curto prazo – 7 dias	Médio prazo – 14 dias	
Com discussão	98	92	190
Sem discussão	97	91	188
Total	195	183	378

Os estudantes do grupo Vcd assistiram ao vídeo informativo e participaram de uma discussão em grupo sobre o tema. Já os participantes do grupo Vsd assistiram ao vídeo informativo e não participaram de nenhuma discussão em grupo.

Os critérios de seleção dos estudantes foram: (1) estar estudando no 2º ano do ensino médio; (2) estar na faixa etária adolescente, ou seja, entre 12 e 18 anos, definida de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente¹⁵; (3) ser voluntário; (4) não estar participando de nenhuma atividade envolvendo o tema aids no momento da coleta de dados. Não houve recusa por parte de nenhum estudante em participar da pesquisa.

¹⁵ De acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente, Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, em seu art. 2º. “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até dozes anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade”.

4.2.2 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos utilizados neste estudo foram dois questionários semi-estruturados (questões abertas e fechadas) e auto-administrados; um vídeo informativo sobre a aids; e grupo focal. Os questionários (Anexo A) foram elaborados a partir dos instrumentos utilizados nos estudos de Camargo, Botelho e cols. (2001), Camargo e Barbará (2004) e Camargo, Barbará e cols. (2005). As questões que compõem os questionários podem ser categorizadas em seis grupos.

1. Características individuais dos participantes: sexo e idade.
2. Diagnóstico das representações sociais sobre a aids: foi utilizado um teste de associação livre a partir do estímulo indutor "risco frente à Aids".
3. Percepção de risco dos estudantes em relação aos habitantes do Brasil e seus conhecidos (amigos e colegas).
4. Diagnóstico sobre o nível de conhecimento científico a respeito do HIV/aids: foi estimado a partir do teste de conhecimento científico do HIV/aids (TCCHA) desenvolvido pelo LACCOS (Camargo & cols., 2005). O teste teve como base a publicação oficial do Instituto Pasteur, coordenada por Luc Montagnier (1996). O instrumento é composto de 24 itens divididos em três subtestes, no formato de resposta objetiva (Verdadeiro – Falso – Não sei – ver gabarito Anexo A). Cada um dos subtestes aborda uma dimensão de análise original proposta por Montagnier, formando testes independentes que avaliam dimensões distintas sobre a aids, mas nem por isso totalmente independentes:

1) Subteste 1: HIV e sua transmissão (10 itens) – avaliação do conhecimento em relação à aids, ao HIV, a como o HIV ataca o sistema imunológico, à transmissão do HIV, ao teste de detecção do HIV e à distribuição dos casos (epidemia).

2) Subteste 2: Infecção e tratamento (6 itens) – avaliação do conhecimento em relação à primo-infecção e evolução da aids, a sintomas menores e à forma grave e sobre o tratamento da infecção.

3) Subteste 3: Prevenção (8 itens) – avaliação do conhecimento em relação à prevenção sexual, entre usuários de droga, transmissão vertical e vacina.

Para que o aluno seja considerado bem-informado, é necessário que atinja um número mínimo de acertos em todos os subtestes: 7 questões no 1º subteste, 4 no 2º e 6 no 3º.

5. Levantamento das atitudes dos jovens frente ao preservativo: foram medidas por meio de uma escala do tipo Likert com 5 pontos (de 1 “discordo totalmente” a 5 “concordo totalmente”), composta de 12 itens (Camargo & Barbará, 2004). A consistência entre os itens é considerada moderada ($\alpha = 0,75$). Para a obtenção do escore médio dos 12 itens, em que os respondentes assinalaram a modalidade "não sei" ou deixarem em branco, foi utilizado o método de substituição de valores da tendência linear ao ponto, na estimação das médias.

6. Fontes de informação sobre o tema e comportamentos de proteção em relação ao HIV/aids: foram avaliados por meio de questões fechadas.

Vídeo informativo

O vídeo “O Risco da Aids na Adolescência” apresentado aos alunos foi desenvolvido pelo LACCOS¹⁶, com o apoio do Cnpq. O vídeo foi produzido a partir de um roteiro elaborado por alunos do 2º ano do ensino médio da rede Estadual de Educação da Cidade de Florianópolis. As filmagens foram realizadas pelos próprios estudantes, conjuntamente com os pesquisadores do LACCOS, sob a supervisão técnica do Prof. Dr. Brigido Vizeu Camargo. O Vídeo tem a duração de 18 minutos e seu conteúdo é dividido em dois momentos: o primeiro conta a história de uma adolescente que se contamina com o vírus HIV por meio do namorado. No segundo, a narrativa de dois especialistas (um Infectologista e um Epidemiologista) abordando três dimensões do tema: formas de contaminação, tratamento e prevenção (ver roteiro da história e das entrevistas com os especialistas – Anexo B).

Para discussão do conteúdo do vídeo informativo foi empregada a técnica de grupo focal (Bauer & Gaskell, 2002), com o intuito de obter dados acerca da recepção do vídeo informativo. O objetivo do grupo focal foi estimular os participantes a falar e a reagir àquilo que outras pessoas dizem no grupo. Cada grupo foi composto de 5 (cinco) a 7 (sete) participantes e o foco de discussão foi o conteúdo do vídeo informativo (HIV/aids). Logo em seguida à discussão, os alunos eram orientados a responder a seguinte questão:



É justo dizer que os adolescentes correm mais riscos em se contaminar com o vírus HIV? Por quê?

¹⁶ Laboratório de Psicossociologia da Comunicação e da Cognição Social (LACCOS) – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O intuito de realizar uma tarefa ao final da atividade está embasado na concepção de Collins e Marková (2004), que determinam que o uso do grupo focal deva colocar em evidência certos processos, tais como: resoluções de um dilema, solução de um problema, acordo, desacordo, proposição de uma solução. Por isso, além da discussão sobre o tema, os alunos deveriam chegar a um acordo sobre uma determinada questão, no caso o risco de contaminação na adolescência.

4.2.3 Procedimento de coleta de dados

Primeiramente, foram contatadas as direções das escolas e solicitada a autorização para a realização da pesquisa. Nessa ocasião o projeto foi apresentado sob a forma de protocolo de pesquisa (Anexo C) em conformidade com os preceitos éticos de anonimato, participação voluntária, ciência dos objetivos da pesquisa, cuidados com a integridade física, psicológica e social dos participantes. As direções já dispunham de autorização dos pais de alunos para atividades de estudo e prevenção da aids. Esse tipo de atividade faz parte das recomendações da Secretaria Estadual de Educação do Estado de Santa Catarina para a implementação de conteúdos transversais que têm como características o ensino permeado pela Ética, Saúde, Meio Ambiente, Orientação Sexual e Pluralidade Cultural, respeitando as características culturais, diversidade dos contextos e diferenças regionais.

Após, foi realizada a seleção das turmas, de acordo com o critério previamente estipulado, juntamente com a coordenação pedagógica da instituição. Foram agendadas aulas específicas com o consentimento do professor para realização da coleta de dados

conforme adequação de tempo e conteúdo, para que não houvesse prejuízo no andamento do ano letivo.

A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2006, em salas de aula das escolas, em horário de aula dos estudantes, e foi realizada coletivamente. Um aplicador foi responsável por todo o processo e todos os professores eram orientados a não permanecer na sala durante os encontros. Foram realizados dois encontros (Tempo 1 e Tempo 2) com cada turma, num intervalo de tempo de sete (curto prazo) ou quatorze (médio prazo) dias entre eles (sorteados aleatoriamente).

O primeiro encontro (Tempo 1) teve as seguintes etapas:

Grupo Vcd – apresentação da pesquisadora e da pesquisa aos alunos, aplicação do questionário, visualização do vídeo, discussão em grupos e execução da tarefa (resposta do grupo sobre a questão aberta). A duração desse primeiro encontro foi de aproximadamente 90 minutos.

Grupo Vsd – apresentação da pesquisadora e da pesquisa aos alunos, aplicação do questionário e visualização do vídeo. Já a duração desse primeiro encontro foi de 45 minutos.

O segundo encontro (Tempo 2) envolveu as seguintes etapas para os dois grupos que participaram da pesquisa: reaplicação do questionário, que se encontra no Anexo A, e realização de uma técnica conhecida como dessensibilização, que consiste em uma conversa informal com os estudantes com o intuito de esclarecer as dúvidas, divulgar e explicar as respostas corretas do teste de conhecimento científico, bem como informar sobre os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs). A duração desse encontro foi cerca de 60 minutos.

4.3 Estudo B – Caso Simulado

4.3.1 Participantes

Participaram deste estudo 100 estudantes, cinco turmas, da 2ª série do ensino médio de uma escola pública da rede Federal de Educação da cidade de Florianópolis. Os critérios de seleção das turmas foram os mesmos utilizados no Estudo A.

4.3.2 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos empregados neste estudo foram dois questionários semi-estruturados (questões abertas e fechadas) e auto-administrados e um caso simulado. Os questionários utilizados foram os mesmos do estudo A, porém com algumas modificações nas instruções e nas questões 11, 12 e 13 do questionário 2 (Anexo D).

O caso simulado intitulado “AIDS-2000¹⁷: A vacina contra a AIDS” (Martín Gordillo, 2001), traduzido e adaptado por Bazzo e Pereira (2005), consiste em uma articulação educativa de uma controvérsia pública sobre problemas éticos e políticos que se instauram nos experimentos sobre vacinas desenvolvidas para o combate do HIV/aids. A proposta de caso simulado, nos estudos CTS, é inspirada na teoria da Rede de atores de Callon (1986). Trata-se de uma nova proposta educativa, que a partir de uma notícia fictícia, mas verossímil, desencadeia uma determinada controvérsia em que existe a intervenção de vários atores sociais com idéias, opiniões e interesses diversos (López Cerezo & Luján, 2000; Martín Gordillo, Osorio & López Cerezo, 2001). O desenvolvimento de cada caso simulado contém os seguintes materiais:

¹⁷ O título foi modificado pela autora para: “AIDS – 2006: A vacina contra a AIDS”

- uma notícia fictícia, porém verossímil, que se apresenta aos alunos em um formato de um periódico real, que irá desencadear a polêmica;
- um questionário inicial e final, com o intuito de conhecer as informações e os posicionamentos prévios dos alunos sobre as questões do objeto do trabalho, para relacionar as mudanças produzidas ao final dos trabalhos;
- uma rede de atores que aparece na polêmica descrita na notícia fictícia inicial, cujos perfis se apresentam em forma de fichas independentes, bem como um guia para busca de informações;
- alguns documentos fictícios elaborados para dar apoio aos argumentos dos atores participantes, relacionando o conhecimento específico da área que o caso trata com a polêmica concreta que se apresenta de forma simulada;
- alguns documentos reais e fictícios selecionados por sua pertinência e clareza entre a informação científica do campo em que se situa a polêmica;
- materiais didáticos específicos: pautas de elaboração de informação e preparação de exposições orais, fichas de organização e evolução do trabalho em grupo.

4.3.3 Procedimento de coleta de dados

Primeiramente, foi contatada a direção da escola para autorizar a coleta de dados. Nessa ocasião o projeto foi apresentado sob a forma de protocolo de pesquisa (Anexo E) em conformidade com os preceitos éticos de anonimato, participação voluntária, ciência dos objetivos da pesquisa, cuidados com a integridade física, psicológica e social dos participantes. A direção já dispunha de autorização dos pais de alunos para atividades de estudo e prevenção da aids.

Logo após, foi realizada a seleção das turmas, de acordo com o critério previamente estipulado, juntamente com a coordenação pedagógica da instituição e com os professores das disciplinas de Português e Biologia, pois o tema seria trabalhado pelos mesmos em sala de aula. Foram realizados 3 encontros com cada turma, durante 3 semanas consecutivas com a duração de 2 horas cada¹⁸.

A coleta de dados ocorreu entre setembro e outubro de 2006, em salas de aula da escola, em horário de aula dos estudantes, e foi realizada coletivamente. Um aplicador foi responsável por todo o processo, primeiramente explicando aos participantes a pesquisa e posteriormente distribuindo os questionários, lendo as instruções, esclarecendo aos participantes, se necessário, o processo, recolhendo os questionários ao fim e aplicando o caso simulado. Um questionário foi aplicado no primeiro dia (Tempo 1) e o outro no terceiro encontro (Tempo 2), ou seja, antes e após o caso simulado (duração 30 minutos).

O delineamento da aplicação do caso simulado encontra-se descrito no Quadro 2.

¹⁸ A escola adotava um modelo de 4 aulas por manhã, com a duração de 1 hora cada.

Fases	Atividades	Materiais (Anexo F)
Apresentação e sensibilização ao tema (90 minutos) <u>1º encontro</u>	- A controvérsia foi apresentada partindo da leitura da notícia jornalística fictícia. - Após foi apresentado o tema e a controvérsia, assim como as tarefas que seriam realizadas na classe. - Os alunos foram divididos em 5 equipes (de 4 a 6 participantes por grupo).	- Notícia da imprensa. - Guia do aluno - Orientações sobre o papel de cada representante social na controvérsia
Trabalho das Equipes (120 minutos) <u>2º encontro</u>	- Durante essa sessão, as equipes prepararam separadamente os argumentos e as informações com os quais intentam defender suas posições no plenário. Além dos documentos sugeridos, as equipes deveriam buscar novas informações para apoiar suas teses. - Ao final da sessão, os alunos deveriam preparar a exposição pública de seu trabalho e entregar os informes realizados.	- Documentos polêmicos e reais. - Pautas para o trabalho das equipes.
Exposição das equipes/atores (60 minutos) <u>3º encontro</u>	- Seguindo uma ordem em consenso, cada equipe/ator dispôs de 10 minutos para expor sua posição na controvérsia e tentou convencer os demais. - Ao término de cada exposição, as demais equipes/atores puderam fazer perguntas ou objeções.	- Pautas para o trabalho das equipes.
Debate aberto (30 minutos) <u>3º encontro</u>	- Depois das exposições das diferentes equipes/atores, teve lugar o debate aberto entre todos eles para a simulação da reunião do órgão mediador. Nomeou-se um moderador do debate. O debate foi concluído com um comentário sobre o desenvolvimento da controvérsia em que cada aluno manifestou seu ponto de vista real, independentemente da posição que defendeu.	- Protocolos para o debate.

Quadro 2 - Etapas do caso simulado

Cada grupo no primeiro encontro recebeu pastas em cores diferentes, que representavam o grupo (ver foto Anexo G), contendo os seguintes materiais: uma caneta, uma notícia da imprensa fictícia, guia do aluno e alguns documentos reais. Os documentos utilizados na pesquisa foram selecionados com um mês de antecedência ao início da pesquisa para que as informações sobre o tema fossem atuais no momento da coleta de dados.

Ao final da atividade foi realizada uma técnica conhecida como dessensibilização, descrita anteriormente no estudo A.

4.4 Análise de dados dos Estudos A e B

4.4.1 Estatísticas descritivas

Primeiramente, para compor a base inicial dos dados referentes às questões de caracterização dos participantes, isto é, idade, sexo, percepção de risco, conhecimento científico sobre o HIV/aids e atitudes frente ao uso do preservativo, foi realizada análises de estatística descritiva, relacional, para dados experimentais - *t* de *Student* (diferença entre médias) e de variância (ANOVA e ANCOVA) com o auxílio do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 11. O objetivo dessas análises foi descrever os participantes nas condições experimentais, bem como verificar se houve diferenças significativas entre os grupos (Vcd e Vsd), tempo (Tempo 1 e Tempo 2) e prazo (curto prazo e médio prazo). Como os estudos A e B foram complementares e não comparativos, não foi realizada nenhuma análise estatística relacionando os dados dos dois estudos.

4.4.2 Elementos da representação

Os dados foram recolhidos por associação livre de palavras, por estímulo indutor – risco frente à aids. Cada indivíduo expressou os seus pensamentos em relação ao tema num máximo de 5 palavras ou pequenas frases. Não foi realizado nenhum tipo de categorização, apenas foram colocados todos os adjetivos e substantivos no masculino e no singular, e os verbos no infinitivo. Esse tratamento se baseia, exclusivamente, no critério da raiz etimológica de cada palavra, uma vez que qualquer redução nos termos do significado exigiria o recurso de juízes.

Inicialmente, foi realizada uma análise prototípica para cada uma das condições experimentais: Vídeo com discussão, Vídeo sem discussão e Caso Simulado, em dois tempos (Tempo 1 e Tempo 2), isto é, antes e após cada condição experimental. O objetivo dessa análise foi verificar se houve influência das condições experimentais nas representações sociais. Essa análise é lexicográfica, isto é, considera a frequência e a ordem de evocação das palavras. Esses critérios permitem uma aproximação da noção dos elementos do núcleo central de uma representação. Para tal finalidade, foi utilizado o programa informático *Evocation 2000* (EVOC) (Vergès, Scano & Junique, 2002). E para verificar a força das relações de co-ocorrência entre os elementos representacionais, os dados foram analisados pelo programa *Similitude 2000* (Vergès, Junique, Barbry, Scano & Zeliger, 2002). Esse programa busca uma visualização da conexidade dos elementos que participam da composição prototípica do núcleo central das representações sociais.

Na seqüência dos trabalhos, foi efetuada uma análise fatorial de correspondências (AFC), com o auxílio do programa informático *Système Portable pour l'Analyse des Données Textuelles* – SPADT (Lebart & Salem, 1988). Segundo Doise, Clémence e Lorenzi-Cioldi (1992), a AFC “... realiza uma decomposição da matriz de dados em diferentes matrizes, mais simples, que facilitam a identificação das diferenças da matriz aleatória expressa através do chi quadrado” (p. 71). Os fatores resultantes da AFC auxiliam na interpretação da estrutura e do significado dos dados, uma vez que definem relações de proximidade e oposição entre pontos (Oliveira & Amâncio, 2005).

Os resultados da AFC são representados em fatores que definem relações de proximidade e de oposição entre os pontos (palavras e variáveis). São atribuídos

significados aos fatores, também designados como eixos fatoriais ou de inércia, de acordo com as variáveis que os explicam. As oposições e proximidades entre os diferentes elementos são interpretadas tendo em vista o significado atribuído ao eixo (Doise, Clemence & Lorenzi-Cioldi, 1992).

A AFC, igualmente, permite ilustrações dos planos fatoriais por meio de informações suplementares. Essas variáveis, projetadas *a posteriori* nos planos fatoriais, são chamadas variáveis ilustrativas, e aquelas que compõem as matrizes, variáveis ativas (Lebart & Salem, 1994). No presente estudo, as variáveis ilustrativas foram compostas por aquelas de caracterização do sujeito (sexo, idade, percepção de risco, conhecimento, atitude e comportamento afetivo, sexual e preventivo), e as ativas foram consideradas em conformidade com o tipo de grupo (vídeo com discussão, vídeo sem discussão e caso simulado) e o tempo (antes e após o experimento).

Para o estudo das representações sociais, os fatores da AFC podem ser interpretados como princípios organizadores que explicitam as similaridades e diferenças da representação social em diferentes grupos. Pode ser uma supra-estrutura, ideal para verificar variações no campo representacional de indivíduos com características diferentes (Doise, Clemence & Lorenzi-Cioldi, 1992; Oliveira & Amâncio, 2005).

Faz-se necessário esclarecer por que razão foram utilizados, nas duas pesquisas, diferentes análises de dados (EVOC, Similitude e SPAD – T – relatórios anexo H) no teste de evocação (estímulo indutor – risco frente à aids).

Essa abordagem é chamada de “triangulação” e está baseada nos estudos de Apostolidis (2003). Segundo o autor, a idéia de triangulação está apoiada sobre o princípio de validação dos resultados a partir da combinação de diferentes métodos que

“visam verificar a exatidão e a estabilidade das observações, ampliar e aprofundar o estudo” (p.14). A existência de diferentes observações evidencia a estabilidade das relações complexas entre conhecimento, atitudes e comportamentos, ou seja, estudar, como sugerido por Moscovici (1978), o conhecimento que os indivíduos possuem de um sujeito ou de um objeto e a maneira como é organizado e utilizado por indivíduos e grupos, de forma a salientar a perspectiva incontestável da “plurimetodologia”. A diversidade das abordagens metodológicas é fundamental para produzir conhecimentos, norteando os estudos das representações sociais (Apostolidis, 2006). A partir dessas alegações, evidencia-se a importância, para este estudo, de diferentes métodos para as análises dos resultados, o que pode demonstrar com maior precisão os principais elementos que fazem parte da representação social do risco referente à aids..

4.5 Aspectos éticos

Sob os critérios estipulados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina e foi avaliado favoravelmente quanto à adequação de aspectos éticos de pesquisa. Deste modo, foi aprovado sob o número de protocolo 267/06 (Anexo I).

5. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 Estudo A - Recepção de vídeo informativo sobre o HIV/aids

Participaram deste estudo 378 estudantes, com média de idade de 16 anos e oito meses e desvio padrão de 2 anos. Destes, 190 (50,3%) participaram do grupo vídeo com discussão (Vcd), subdivididos em curto prazo (51,6%) e médio prazo (48,4%); e 188 (49,7%) participaram do grupo vídeo sem discussão (Vsd), também subdivididos em curto prazo (51,3%) e médio prazo (49,7%). A Tabela 2 apresenta o delineamento do estudo por tipo de grupo e sexo.

Tabela 2 - Delineamento do estudo

Vídeo			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Com discussão	Prazo	Curto	51	47	98
		Médio	47	45	92
	Total		98	92	190
Sem discussão	Prazo	Curto	47	50	97
		Médio	48	43	91
	Total		95	93	188
Total geral			193	185	378

Com relação ao sexo dos participantes, no geral, 193 (51,05%) eram do sexo masculino e 185 (48,95%) eram do sexo feminino. Quando subdivididos em tipo de grupo, houve uma equivalência com a amostra global, mantendo-se um pouco mais da metade de indivíduos do sexo masculino (51,58% Vcd e 50,53% Vsd) e o restante, do sexo feminino (48,42% Vcd e 49,47% Vsd). Quando inserida a variável prazo no grupo

Vcd, mais da metade dos participantes eram do sexo masculino, tanto em curto prazo quanto em médio prazo (52,08% e 51,08% respectivamente); já no grupo Vsd houve mais participantes do sexo feminino (51,55%) em curto prazo, e em médio, houve o predomínio dos participantes do sexo masculino (52,74%). De acordo com os dados da pesquisa, é possível identificar que não houve diferença significativa da variável sexo em relação aos grupos [$\chi^2 = 0,279$; gl = 1; NS; V (Cramer) = 0,28] e ao prazo [$\chi^2 = 0,16$; gl = 1; NS; V (Cramer) = 0,10]. O que indica que as amostras são homogêneas e podem ser comparadas.

Para descrição e compreensão adequada dos resultados, serão apresentados por dimensões: 1. Percepção de Risco; 2. Afetiva e Sexual; 3. Atitude; 4. Conhecimento; e 5. Representação Social.

Os dados se referem, integralmente, ao total de participantes que responderam ao questionário no Tempo 1 (antes da visualização do vídeo) e no Tempo 2 (depois da visualização do vídeo – curto prazo ou médio prazo) e que indicaram respostas relevantes para os cruzamentos e comparações realizadas, isto é, as respostas com dados incompletos foram desconsideradas para fins de análise dos dados.

5.1.1 Dimensão percepção de risco

Em relação ao item “percepção de risco” foram comparadas as médias por tipo de grupo (Vcd e Vsd), tempo (Tempo 1 e Tempo 2) e prazo (curto e médio) com relação à percepção do risco de ser contaminado pelo vírus da aids, em dois itens escalares de 1 (muito menos risco) a 4 (muito mais risco) pontos, ou seja, em relação à população brasileira, de uma forma geral, bem como no que tange aos amigos e conhecidos. No item a respeito de percepção de risco em relação aos demais brasileiros, os estudantes

que participaram do grupo Vcd no Tempo 1 tiveram média 1,99 (desvio padrão 0,82) e no Tempo 2 a média foi de 2,01 (desvio padrão 0,82). Já em relação ao grupo Vsd, os participantes no Tempo 1 tiveram média 1,81 (desvio padrão 0,74) e no Tempo 2 a média foi de 1,84 (desvio padrão 0,54). Ver Figura 3.

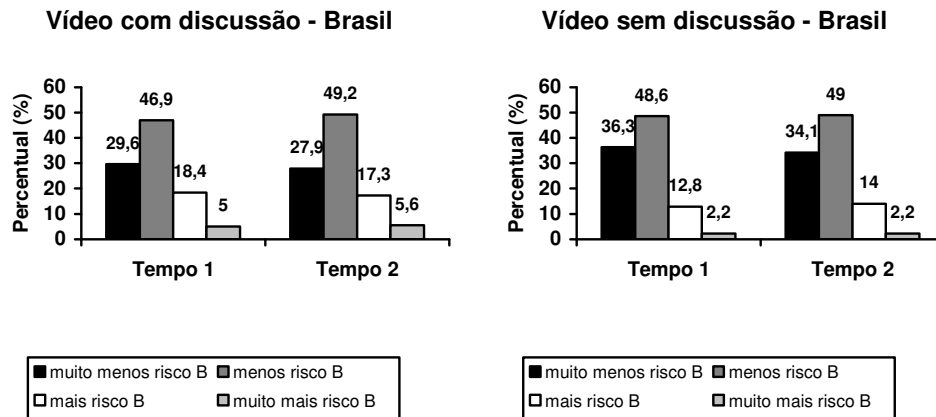


Figura 3. Percepção de risco dos estudantes em relação à população brasileira por tipo de grupo e tempo.

O tempo foi considerado como co-variável para determinar se houve efeito nos itens entre o Tempo 1 e 2. Foi satisfeita a hipótese de homogeneidade das variâncias, de acordo com o teste de Levene ($F_{3,374} = 1,95$; NS). A ANCOVA revelou efeito significativo na percepção de risco em relação à população brasileira entre os Tempos 1 e 2 ($F_{1,353} = 269,536$; $p < 0,0001$); e diferença não significativa na variável grupo ($F_{1,353} = 0,931$; NS) e prazo ($F_{1,353} = 0,524$; NS), nem na interação entre o grupo e o prazo ($F_{1,353} = 1,557$; NS). Portanto, os estudantes sentiram-se com um pouco mais de risco em relação à população brasileira, posteriormente à visualização do vídeo informativo, independentemente de grupo (Vcd e Vsd) e de prazo (curto prazo e médio prazo).

Na questão sobre o risco percebido em relação aos amigos e conhecidos, os estudantes que participaram do grupo Vcd tiveram média de 1,82 (desvio padrão 0,58)

no Tempo 1 e 1,92 (desvio padrão 0,57) no Tempo 2, e o grupo Vsd obteve uma média 1,83 (desvio padrão 0,52) no Tempo 1, e no Tempo 2 apresentou valor médio de 2,01 (desvio padrão 0,54). Em relação a conhecidos, os participantes se posicionaram abaixo do ponto médio, entre “muito menos risco” e “menos risco”, e mesmo depois da condição experimental essa média se manteve (Figura 4).

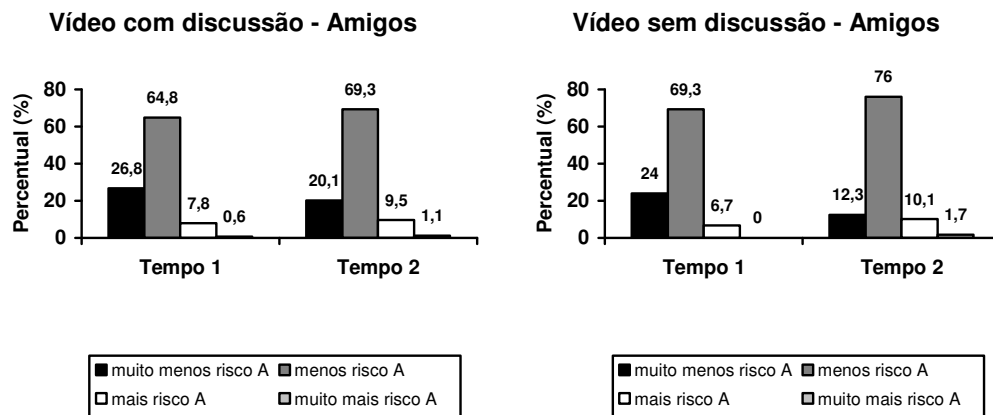


Figura 4. Percepção de risco dos estudantes em relação aos amigos e conhecidos por tipo de grupo e tempo.

A variável tempo foi considerada como co-variável para verificar se houve efeito significativo entre os Tempos 1 e 2, na percepção de risco em relação aos amigos e conhecidos. De acordo com o teste de Levene ($F_{3,374} = 0,57$; NS), foi respeitada a suposição de homogeneidade das variâncias, o que significa que as médias podem ser comparadas. A ANCOVA revelou efeito significativo na percepção de risco em relação aos amigos e conhecidos entre os Tempos 1 e 2 ($F_{1,353} = 91,628$, $p < 0,0001$), e diferença não significativa em relação aos grupos ($F_{1,353} = 2,533$; NS), ao prazo ($F_{1,353} = 0,001$; NS), e à interação entre ambos ($F_{1,353} = 1,292$; NS). Desta forma, os estudantes se sentiram com um pouco mais de risco em relação aos seus amigos e conhecidos logo em seguida à visualização do vídeo informativo; todavia não houve diferença entre os

grupos (Vcd e Vsd) e no prazo (curto prazo e médio prazo). O que indica que participar ou não de uma discussão em grupo após a visualização de um vídeo informativo não interfere na percepção de risco dos estudantes e nem o prazo da segunda coleta.

5.1.1.1 Motivos atribuídos pelos estudantes para o risco na adolescência

Os estudantes foram questionados sobre o risco de contaminação pelo vírus HIV na adolescência. Somente os estudantes que participaram do grupo Vídeo com Discussão responderam a esta questão (N = 190), por se tratar de uma atividade realizada ao final da discussão em grupo no primeiro encontro. No total, formaram-se 42 grupos, com uma média de 4,5 participantes por grupo, que responderam à seguinte questão: é justo dizer que os adolescentes correm mais riscos em se contaminar com o vírus HIV? Por quê?

Os dados demonstram que 83,3% (35 grupos) dos grupos consideraram que sim, ou seja, que os jovens possuem mais riscos de se contaminar com o vírus da aids, 11,62% (5 grupos) responderam que esse risco é relativo e depende de alguns fatores, e apenas 2,32% (1 grupo) declararam que não, assim como 2,32% (1 grupo) disseram que o risco era o mesmo.

Para a análise das razões dadas para essas respostas, foi realizada, inicialmente, uma “leitura flutuante” por dois juízes de todo o material, com o objetivo de obter uma aproximação preliminar e familiarização com o *corpus*. Em seguida, foi considerado o sentido das palavras-tema (Bardin, 1977) expressas em cada resposta dos grupos e foi construído um sistema categorial, no sentido de reduzir a quantidade de material analisável por meio do agrupamento dos dados, de modo a viabilizar resultados mais expressivos e menos dispersos (ver Anexo J).

Os principais elementos que foram atribuídos pelos estudantes que afirmaram que os jovens possuem mais riscos de se contaminar por ordem decrescente de frequência foram: invulnerabilidade (11), drogas (10), relação sexual sem preservativo (9), inconseqüência (8), irresponsabilidade (8), falta de informação (7), descobrimento da sexualidade (6), influência de amigos e parceiros (6), troca de parceiros (6), inexperiência (5) e impulsividade (4).

O sentimento de invulnerabilidade, ou seja, de que o adolescente possui uma blindagem a morbos, inerente a essa fase de mudanças físicas e emocionais pertinentes à adolescência, está descrita na resposta de um dos grupos participantes: **mesmo estando cientes da prevenção do HIV, sempre acham que não irá acontecer com eles e muitas vezes acham que a prevenção é inútil.**

Um fator destacado pelos estudantes e que está relacionado em pesquisas brasileiras (Camargo & Botelho, 2006; Camargo & Bárbara, 2004) entre as condutas de risco adotadas pelos adolescentes, cuja influência é reconhecida como considerável na contaminação pelo vírus HIV, é o uso de drogas, que aparece de forma decisiva em várias respostas descritas pelos estudantes e que pode ser ilustrada nesta resposta:

Sim, pois os jovens são irresponsáveis, imaturos, e tomam certas atitudes sem pensar nas conseqüências. Isso acontece principalmente nas festas, onde ficam com qualquer um, sem se prevenir, e provavelmente sob o efeito de drogas.

Como a adolescência é período de inúmeras mudanças atreladas a descobertas, principalmente no que se refere à sexualidade, os grupos relatam que a imaturidade e inexperiência dos jovens fazem com que eles se tornem muito predispostos ao contágio da doença.

Em relação aos grupos que consideram o risco de contaminação na adolescência relativo e/ou passível de desconsideração, deve-se ao fato de considerarem que há informações suficientes à disposição do grupo, ou seja, adolescente. Todavia, isso não é suficiente, em face do argumento de que a grande maioria dos adolescentes são demasiadamente imaturos. Conseqüentemente, eles acabam por se arriscar, de forma desenganaada, em suas relações sexuais, como demonstra a resposta a seguir:

“...os adolescentes mesmo tendo acesso a muitas informações sobre a aids, na hora de pôr em prática o que aprenderam, agem com negligência, pois preferem aproveitar o momento sem se preocupar com as futuras conseqüências”

Por conseguinte, os grupos tendem a atribuir o risco de contaminação, principalmente por ser a adolescência uma fase de descobertas e de experiências originais. Essa especificidade verificada por relações sexuais sem o uso do preservativo, atrelado ao uso de drogas, evidencia o sentimento ingênuo de invulnerabilidade vivenciado no adolecer.

5.1.2 Dimensão afetiva e sexual

No que se refere ao relacionamento amoroso, a maior parte dos participantes, correspondente a 78,31%, declarou não ter namorado (a) na época da pesquisa. Dentre os participantes do grupo Vsd foi identificada uma maior proporção do que os do grupo Vcd de adolescentes que não namoravam (82,45% contra 74,21%). Contudo, não houve diferença significativa nas proporções, dentre a variável grupo e a variável namoro [$\chi^2 = 2,02$; gl = 1; NS; V (Cramer = 0,75)] (ver Tabela 3).

Tabela 3 – Namoro por grupo e sexo

			Namorando		Total
			Sim	Não	
Grupo Vídeo	Com discussão	Masculino	16	82	98
		% por grupo	16,32%	83,68%	100%
		Feminino	33	59	92
		% por grupo	35,87%	64,13%	100%
		Total	49	141	190
			25,79%	74,21%	100%
	Sem discussão	Masculino	12	83	95
		% por grupo	12,63%	87,37%	100%
		Feminino	21	72	93
		% por grupo	22,58%	77,42%	100%
Total		33	155	188	
		17,55%	82,45%	100%	
Total		82	296	378	
		21,69%	78,31%	100%	

Com relação aos adolescentes que declararam estar namorando (21,69%) no momento da pesquisa, 65% eram do sexo feminino. Dos participantes com namorado(a), 26% disseram que estavam namorando há apenas 1 mês e pouco, e mais da metade dos participantes declararam que estavam namorando há mais de 1 ano na época da pesquisa.

Em termos de experiências sexuais, considerando os jovens de ambos os sexos, a proporção de 69,8% dos participantes declarou não ter tido experiência sexual durante sua vida. Em relação aos adolescentes que tiveram relação sexual com penetração (30,2%), os participantes do grupo Vcd apresentaram percentual superior ao do grupo Vsd (16,5% contra 13,7%), e houve proporcionalmente mais indivíduos do grupo Vsd que nunca haviam tido relações (36,5% em relação a 33,5% Vcd). Identifica-se neste segmento que não houve diferença significativa entre os grupos analisados [$\chi^2 = 1,571$; gl = 3; NS; V (Cramer) = 0,66] (ver Tabela 4).

Tabela 4 - Frequência de relações sexuais por grupo

		Relação sexual com penetração			Total	
		Nunca	Uma ou algumas vezes	Muitas vezes		
Grupo Vídeo	Com discussão	Masculino	64	23	11	98
		% por grupo	33,51	12,30	5,58	51,40%
		Feminino	64	16	12	92
		% por grupo	33,51	8,40	6,15	48,60%
		Total	128	39	23	190
	% Total		67,37%	20,53%	12,10%	100%
	Sem discussão	Masculino	63	27	5	95
		% por grupo	32,96	13,96	2,23	49,15%
		Feminino	73	7	13	93
		% por grupo	39,64	3,91	7,26	50,81%
Total		136	34	18	188	
% Total		72,34%	18,09%	9,57%	100%	
Total		264	73	41	378	
%		69,9%	19,2%	10,9%	100%	

No que se relaciona aos participantes que já tiveram relação sexual, no geral, 57,41% eram do sexo masculino, e quando adicionado a variável grupo como controle, observou-se que a média de indivíduos do sexo masculino tanto no Vcd (54%) quanto no Vsd (61,54%) manteve-se próxima à média geral. Não houve diferença significativa entre grupo e sexo dos participantes [$\chi^2 = 0,279$; gl = 1; NS]. Igualmente é possível detectar a não ocorrência de associação entre o sexo dos estudantes e a incidência de relação sexual com penetração [$\chi^2 = 6,02$; gl = 2; NS; V (Cramer) = 0,130].

Considerando-se, restritivamente, os adolescentes que declararam ter tido relações sexuais com penetração nos últimos 12 meses, a proporção de indivíduos que tiveram relação durante sua vida diminuiu de 30,2% para 25,7%. Portanto, dos adolescentes que tiveram relação sexual com penetração nos últimos 12 meses (25,7%), 81,8% afirmaram ter utilizado o preservativo em todas as relações sexuais. Desse rol, 51,2% afirmaram que o casal utilizava a pílula anticoncepcional. Conforme a Tabela 5,

dos indivíduos que utilizaram o preservativo em todas as relações sexuais, mais da metade afirmou que teve relações com um único parceiro. Assim, é possível afirmar que não houve diferença significativa entre relação sexual com penetração nos últimos 12 meses e uso do preservativo [$\chi^2 = 1,424$; gl = 2; NS].

Tabela 5 - Relação entre relação sexual e uso do preservativo

Relação sexual com penetração nos últimos 12 meses	Relação sexual com preservativo		Total
	Sim	Não	
Sim, com a mesma pessoa	64 56,4%	17 14,9%	81 71,3%
Sim, com mais de uma pessoa	29 25,4%	4 3,3%	33 28,7%
Frequência Total	93	21	114
% Total	81,8%	18,2%	100%

Adicionando-se a variável grupo como controle, os participantes do Vcd que tiveram relação sexual com penetração nos últimos 12 meses, o correspondente a 74,5%, declararam ter tido relação com um único parceiro (a). Em comparação com o grupo Vsd esse percentual diminuiu para 71%, contudo não houve diferença significativa entre a variável grupo e a variável relação sexual nos últimos 12 meses [$\chi^2 = 0,189$; gl = 2; NS; V (Cramer) = 0,23].

Assim sendo, pode-se arrazoar que a quantidade de experiência sexual com penetração está relacionada ao fato de o (a) estudante estar namorando, pois de acordo com os dados existe uma relação significativa entre o namoro e a relação sexual nos últimos 12 meses ($\chi^2 = 73,284$; gl = 2; $p < 0,001$; V (Cramer) = 0,45). A Tabela 6 apresenta a análise de resíduos, que permite caracterizar a contribuição significativa

para o valor do qui-quadrado (acima de 2) entre a quantidade de relações sexuais e namoro. Portanto, mais da metade dos estudantes (54%) que tiveram relação sexual estavam namorando no momento da pesquisa, e destes, mais da metade declarou ter relações sexuais com um(a) único(a) parceiro(a) e ter utilizado o preservativo em todas as relações sexuais (72%). Já a relação entre namoro e relação sexual sem o uso do preservativo os dados revelam que não existe associação significativa ($\chi^2 = 6,296$; gl = 1; N.S; V (Cramer) = 0,45).

Tabela 6 - Distribuição de freqüência e de resíduos padronizados da relação entre namoro e relação sexual com penetração nos últimos 12 meses

Namorando	Freqüência/Resíduos Padronizados	Relação sexual			Total
		Não	Sim, com a mesma pessoa	Sim, com mais de uma pessoa	
Sim	Freqüência	31	40	6	77
	Resíduos padronizados	(-3,5)	(6,7)	(0,3)	
Não	Freqüência	235	27	19	281
	Resíduos padronizados	(1,8)	(-3,5)	(-0,1)	
Freqüência Total		266	67	25	358

Assim, a partir destes resultados pode-se afirmar que em relação às experiências sexuais, ao namoro e ao uso do preservativo, os grupos (Vcd e Vsd) não apresentaram diferenças, o que indica certa homogenia, ou seja, os grupos têm vivências similares.

5.1.3 Dimensão Atitudinal

Ao se comparar as atitudes do grupo Vcd e Vsd acerca do uso do preservativo no Tempo 1, foi observado que os primeiros tiveram média de 3,94 numa escala de 1 – atitude desfavorável – a 5 – atitude favorável – (desvio padrão 0,65), e os participantes

do grupo Vsd tiveram média de 4 (desvio padrão 0,48) pontos. Percebe-se que ambos os grupos, por ser acima do ponto médio da escala 3, posicionaram-se favoravelmente ao uso do preservativo antes da condição experimental. A diferença entre os grupos no Tempo 1 não foi significativa [$t = 1,021$; $gl = 376$; NS]. Isso demonstra que a atitude inicial dos grupos não diferiu, e os grupos podem ser considerados homogêneos.

No grupo Vcd, após a condição experimental (Tempo 2), a média de 3,92 da primeira medida aumentou para 3,94 (desvio padrão 0,61) no Tempo 2; essa diferença não foi significativa [$t = 0,56$; $gl = 187$; NS]. Já em relação ao grupo Vsd, o escore de 4 pontos diminuiu para 3,95 (desvio padrão 0,49) no Tempo 2, mas este decréscimo também não foi significativo [$t = 1,60$; $gl = 187$; NS].

Para verificar o efeito do tipo de grupo (Vcd e Vsd) e prazo (curto e médio prazo) nas atitudes dos participantes em relação à segunda medida (Tempo 2), foi realizada uma análise de variância (ANCOVA). O teste de Levene ($F_{3,373} = 1,32$; NS) revelou que foi respeitada a suposição de homogeneidade das variâncias. A análise não revelou efeito significativo nas atitudes dos participantes na segunda medida em relação aos grupos ($F_{1,372} = 0,341$; NS) e ao prazo ($F_{1,372} = 0,974$; NS), nem na interação entre ambas ($F_{1,372} = 5,983$; NS). Assim sendo, não houve influência significativa da condição experimental nem do tempo de coleta de dados da segunda medida nas atitudes dos participantes em relação ao uso do preservativo.

Outras variáveis, como o namoro ($F_{1,86} = 1,950$; NS), a relação sexual ($F_{1,86} = 0,57$; NS) e o uso do preservativo ($F_{1,86} = 1,86$; NS), da mesma forma foram relacionadas com as atitudes dos participantes, contudo não foi encontrada nenhuma relação significativa.

5.1.4 Dimensão conhecimento

5.1.4.1 Fontes de informação sobre aids

As principais fontes de informação sobre aids indicadas pelos adolescentes, como origem da maioria de suas informações, em ordem decrescente de frequência, foram: escola, televisão, revistas, família, folhetos informativos, amigos, profissionais de saúde e jornais (ver Figura 5).

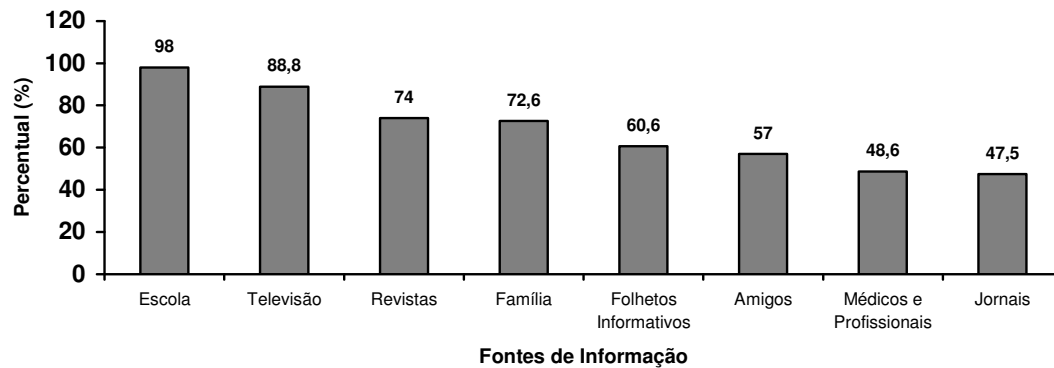


Figura 5. Distribuição da frequência de participantes que indicaram as principais fontes de informação.

Na amostra geral, a respeito das fontes de informação, cujos participantes obtiveram conhecimento sobre a aids, a escola aparece como a principal para, praticamente, a totalidade dos alunos (98%). Cerca de dois terços das informações também são fornecidas pela televisão, as revistas e a família. Além disso, mais da metade dos estudantes disseram ter obtido informações por meio de folhetos informativos (60,6%) e pelos amigos (57%). Foi observado, identicamente, que os profissionais de saúde são fontes importantes para quase metade dos estudantes (48,6%), concomitantemente aos jornais.

Ao adicionar a variável grupo como controle, dentre as fontes indicadas pelos estudantes, a escola aparece como a principal fonte de informação tanto para o grupo

Vcd (98,3%) quanto para o grupo Vsd (97,55%). A televisão também apresenta grande influência entre os grupos, entretanto aparece com índice um pouco maior nos participantes do grupo Vsd (89,9%) do que nos indivíduos do grupo Vcd (87,7%). Os dados não apontam associações estatisticamente expressivas entre grupo para a fonte de informação escola [$\chi^2 = 0,279$; gl = 2; NS] e televisão [$\chi^2 = 0,450$; gl = 1; NS]. A Figura 6 representa as fontes de informação em relação ao grupo de pertença.

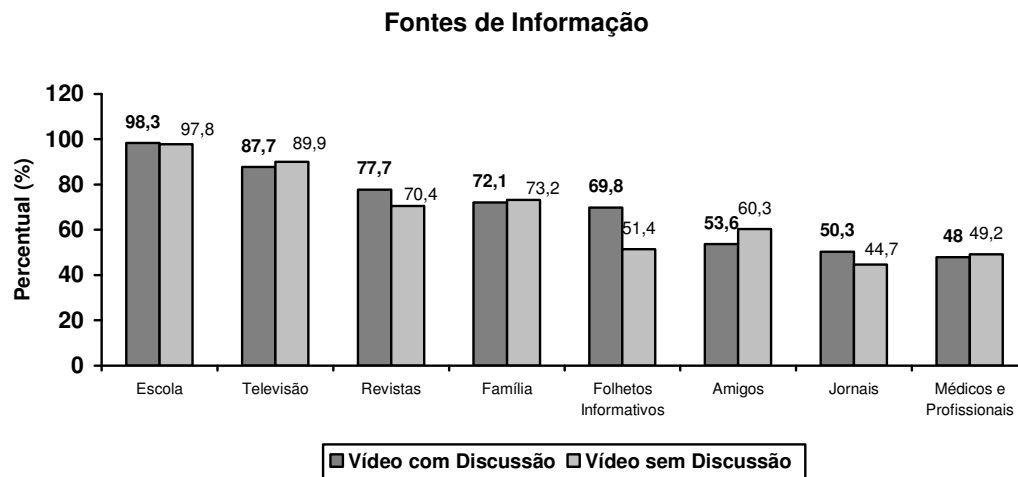


Figura 6. Distribuição da frequência de participantes que indicaram fontes de informação em relação ao grupo.

Como pode ser visualizado na Figura 6, e comprovado estatisticamente, não houve diferenças significativas entre os grupos em relação às fontes de informação revistas [$\chi^2 = 2,455$; gl = 1; NS], família [$\chi^2 = 0,56$; gl = 1; NS], amigos [$\chi^2 = 1,641$; gl = 1; NS], jornais [$\chi^2 = 1,120$; gl = 1; NS] e profissionais da saúde [$\chi^2 = 0,490$; gl = 1; NS]; exceto quanto à fonte de informação folhetos informativos, em que os participantes do grupo Vcd (69,8%) declararam obter mais informações do que os do

grupo Vsd (51,4%), sendo essa diferença significativa [$\chi^2 = 12,742$; gl = 1; $p < 0,001$; V (Cramer) = 0,189]. Contudo, no geral, os dados demonstram que os grupos possuem as mesmas fontes de informação, ou seja, o conhecimento prévio dos alunos quanto à aids possui a mesma origem.

Em relação aos estudantes terem se envolvido em alguma atividade correlacionada com o tema aids antes da pesquisa, mais da metade (66,7%) afirmou que já havia participado. Ao adicionar a variável grupo, os dados demonstraram que não houve diferença significativa entre os grupos no item participar de atividades referentes ao tema antes da pesquisa [$\chi^2 = 1,098$; gl = 1; NS]. Quanto a participar de alguma atividade envolvendo o tema aids durante a pesquisa, todos os participantes declararam que isso não ocorreu.

5.1.4.2 Percepção sobre o Vídeo Informativo “O Risco da Aids na Adolescência”

Na reaplicação dos instrumentos, os estudantes foram questionados sobre o que acharam do vídeo “O risco da Aids na Adolescência”, e no geral, mais da metade (56,7%) dos alunos declararam que gostaram, 23,7% gostaram um pouco, 11,2% gostaram muito e apenas 8,4% não gostaram do vídeo.

Ao acrescentar a variável grupo como controle, como pode ser visualizado na Tabela 7, no grupo Vcd mais da metade dos estudantes, correspondente a 58,1%, concentraram-se na modalidade “gostei”, seguidos pelos participantes que gostaram um pouco (18,5%), os que gostaram muito (17,3%) e os que declararam não ter gostado do vídeo (6,1%). Entre os participantes do grupo Vsd, 55,3% declararam que gostaram, seguidos dos que gostaram um pouco (29,1%), não gostaram (10,6%) e gostaram muito

(5,0%). A relação entre grupo e o quanto os jovens gostaram do vídeo foi estatisticamente significativa [$\chi^2 = 18,604$; gl = 3; $p < 0,001$; V (Cramer) = 0,228]. Pode-se extrair que participar do grupo Vcd contribuiu para que os alunos gostassem mais do vídeo, como pode ser visualizado na análise de resíduos, que permite caracterizar a contribuição significativa para o valor do qui-quadrado (acima de 2) entre grupo e percepção do vídeo.

Tabela 7 – Frequência e análise de resíduos padronizados da relação entre grupo e percepção sobre o vídeo

		O que você achou do Vídeo?				Total	
		Gostei muito	Gostei	Gostei um pouco	Não gostei		
Grupo Vídeo	Com discussão	Frequência	34	111	34	11	190
		% por grupo	17,3%	58,1%	18,4%	6,1%	100%
		Resíduos padronizados	(2,5)	(0,2)	(-1,5)	(-1,0)	
	Sem discussão	Frequência	9	104	55	20	188
		% por grupo	5,0%	55,3%	29,1%	10,6%	100%
		Resíduos Padronizados	(-2,5)	(-0,2)	(1,5)	(1,0)	
Total			43	215	89	31	378
			11,38%	56,88%	23,54%	8,20%	100%

Quanto às informações que foram passadas aos estudantes por meio do vídeo informativo, cerca de dois terços dos estudantes afirmaram que já sabiam sobre as informações que foram transmitidas pelo vídeo. Ao adicionar a variável grupo como variável de controle, foi verificado que, entre os participantes do grupo Vcd, 83,2% sabiam tudo ou a maior parte, e 15,2% sabiam a metade e menos da metade; e entre os indivíduos do grupo Vsd, essas proporções foram de 79,9% e 19,5%, respectivamente.

Entretanto não foi verificada associação significativa entre grupo e informações [$\chi^2 = 4,318$; gl = 4; NS].

Foi questionado aos estudantes o quanto haviam entendido sobre o vídeo, e a grande maioria (91,1%) declarou que entenderam tudo ou a maior parte. Inserindo o grupo como variável controle, no Vcd, o correspondente a 97,8% dos alunos manifestaram que entenderam tudo ou preponderantemente, já no Vsd essa proporção foi um pouco menor (84,3%); mas essa diferença não foi considerada estatisticamente significativa [$\chi^2 = 4,215$; gl = 4; NS].

5.1.4.3 Conhecimento científico

O conhecimento sobre o HIV/aids foi medido por meio do Teste de Conhecimento Científico sobre o HIV/aids (TCCHA). Os escores das medidas iniciais de cada grupo (Tempo 1) apresentaram uma pequena variação, mas essas diferenças não foram estatisticamente significativas: 16,66 no grupo Vcd (desvio padrão = 2,52) e 16,73 no grupo Vsd (desvio padrão = 2,35) [$t=0,239$ gl=376, NS]. Isso significa que quanto ao conhecimento inicial sobre HIV/aids, os grupos não diferiram, portanto, podem ser considerados homogêneos.

A Figura 7 apresenta o escore de acertos dos participantes no TCCHA em relação ao grupo de pertença e ao tempo. No grupo Vcd os participantes no Tempo 1 tiveram uma média de acertos de 16,66 (desvio padrão 2,52), e no Tempo 2 essa média aumentou para 20,88 (desvio padrão 1,97). Em relação ao grupo Vsd no Tempo 1, os participantes apresentaram média de 16,73 (desvio padrão 2,35), e no Tempo 2 o índice de acertos aumentou para 18,07 (desvio padrão 2,35).

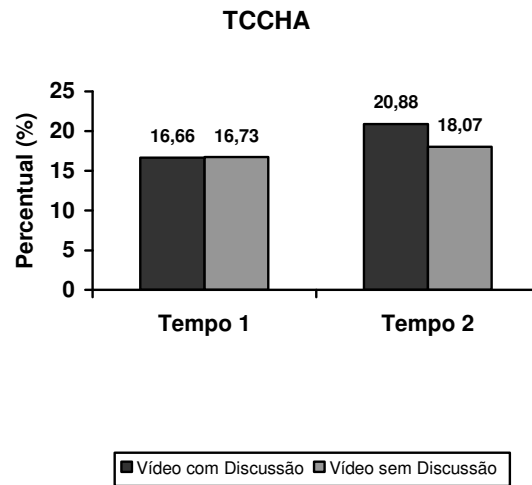


Figura 7. TCCHA em relação ao grupo e ao tempo.

No intuito de avaliar o efeito da variável independente – tipo de grupo – no conhecimento científico sobre o HIV/aids – TCCHA, foi realizada a Análise de Covariância (ANCOVA), considerada a segunda medida do TCCHA como variável dependente, e a primeira como co-variável nos diferentes grupos. De acordo com o teste de Levene ($F_{3,373} = 2,40$; NS), foi respeitada a suposição de homogeneidade das variâncias, o que indica que os grupos podem ser comparados. A ANCOVA revelou efeito significativo da variável grupo Vcd e Vsd na segunda medida do TCCHA ($F_{1,372} = 143,307$ $p < 0,0001$), sendo o tamanho do efeito¹⁹ considerado grande (d de Cohen = 1,28). Em relação ao prazo (curto e médio) da segunda coleta (Tempo 2) também foi significativo ($F_{1,372} = 11,895$; $p < 0,001$), mas o tamanho do efeito foi considerado pequeno (d de Cohen = 0,36). Já a interação entre grupo e prazo ($F_{1,372} = 1,301$; NS) não foi significativa. Portanto, os participantes do grupo Vcd tiveram um conhecimento

¹⁹ O tamanho do efeito é a magnitude da diferença entre condições ou o poder de um relacionamento. Medida ou grau na qual diferenças de uma variável dependente são atribuídas à variável independente (Dancey & Reidy, 2006). Neste estudo o Tempo 2 (TCCHA) foi considerado como variável dependente.

científico sobre o HIV/aids superior ao dos participantes do grupo Vsd. O prazo da segunda coleta também teve influência no escore dos participantes, indicando que em curto prazo o índice de acertos foi um pouco maior, mas a análise demonstrou que não existe interação, ou seja, relação entre o prazo (curto prazo e médio prazo) e o conhecimento dos grupos (Vcd e Vsd). Assim, participar de uma discussão em grupo tem uma influência maior no conhecimento científico dos estudantes; entretanto o tempo para a coleta de dados da segunda medida demonstra não ter efeito sobre o resultado.

Além da variável independente grupo, foi medido o efeito da variável sexo na segunda medida do TCCHA, que não teve efeito significativo considerado separadamente ($F_{1,372} = 6,384$; NS) ou em interação com os grupos ($F_{1,372} = 0,14$; NS). Essa constatação aponta para a independência do sexo para a informação científica, muito embora tenha sido constatado que há influência do gênero para a retenção de mensagens que contém elementos representacionais e normativos (Camargo & Barbará, 2004).

Salienta-se que, foram medidos também os efeitos de outras variáveis, como o quanto os estudantes gostaram do vídeo ($F_{1,371} = 4,983$; NS), o quanto já conheciam as informações transmitidas ($F_{1,371} = 3,300$; NS) e a compreensão das informações apresentadas no vídeo ($F_{1,371} = 4,779$; N S) em relação à segunda medida do TCCHA, mas não houve efeito estatisticamente significativo.

A Figura 8 apresenta a média de acertos em relação ao grupo Vcd e Vsd, em relação à primeira e à segunda medida por subteste.

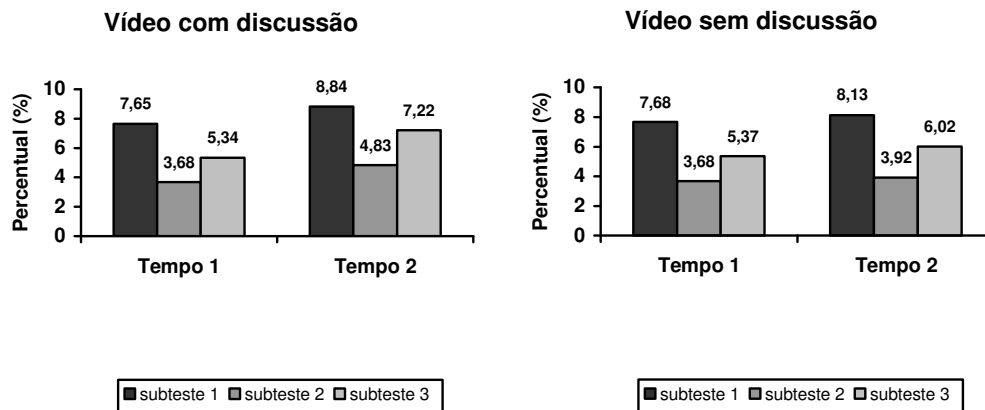


Figura 8. TCCHA em relação grupo, tempo e subteste.

No primeiro subteste, que aborda questões sobre o conhecimento do aluno a respeito do vírus da aids e sua transmissão, o grupo Vcd no Tempo 1 apresentou média de acertos de 7,65 (desvio padrão 1,309), e no Tempo 2 essa média aumentou para 8,84 (desvio padrão 1,05). Em relação ao grupo Vsd no Tempo 1, a média de acertos foi de 7,68 (desvio padrão 1,53), passando no Tempo 2 para 8,13 (desvio padrão 1,182). A média de acertos dos estudantes tanto no Tempo 1 quanto no Tempo 2 em ambos os grupos (Vcd e Vsd) superou a nota de corte (7,0) estabelecida para serem considerados bem-informados neste subteste.

A variável tempo foi considerada como co-variável para verificar se houve efeito significativo entre os Tempos 1 e 2, no escore do subteste 1. O teste de Levene ($F_{3,374} = 1,64$; NS) demonstrou que foi respeitada a suposição de homogeneidade das variâncias. A ANCOVA revelou efeito significativo no subteste 1 entre os Tempos 1 e 2 ($F_{1,373} = 30,177$; $p < 0,001$), em relação ao grupo ($F_{1,373} = 30,720$; $p < 0,001$; d de Cohen 0,59 – efeito moderado), e ao prazo ($F_{1,373} = 10,392$; $p < 0,001$; d de Cohen 0,59 – efeito pequeno), mas não houve interação significativa entre grupo e prazo ($F_{1,373} = 0,135$;

NS). Desta forma, houve uma influência maior no conhecimento dos estudantes que participaram do grupo Vcd, em curto prazo. Foram verificados, também, o efeito das variáveis: o quanto os estudantes gostaram do vídeo ($F_{1,373}= 4,699$; N. S) e o que entenderam do vídeo ($F_{1,373}= 1,773$; N. S) em relação à segunda medida do subteste 1, mas não houve efeito estatisticamente significativo.

No subteste 2, que tinha como objetivo avaliar o conhecimento sobre a infecção pelo HIV e seu tratamento, os alunos obtiveram no grupo Vcd, no Tempo 1, uma média de acertos de 3,68 (desvio padrão 1,05), passando para 4,83 (desvio padrão 1,05) no Tempo 2. No grupo Vsd essa média no Tempo1 foi de 3,68, e no Tempo 2, de 3,92 (desvio padrão 1,08). A média de acertos dos estudantes no Tempo 1 de ambos os grupos apresentava-se abaixo da média (4,0), mas no Tempo 2 o escore superou a nota de corte somente no grupo Vcd.

A influência do grupo na segunda medida do subteste 2 foi significativa ($F_{1,370} = 65,631$; $p < 0,001$; d de Cohen 0,87), e o tamanho do efeito foi considerado grande, mas não se apresentou significativo em relação ao prazo ($F_{1,373} = 4,863$; NS) nem na interação entre grupo e prazo ($F_{1, 370} = 0,001$; NS). O teste de Levene ($F_{3,375} = 4,11$; NS) demonstrou a homogeneidade das variâncias. Foram verificados, também, o efeito das variáveis: o quanto os estudantes gostaram do vídeo ($F_{1,370}= 0,811$; NS) e o que entenderam do vídeo ($F_{1,370}= 7,269$; N S) em relação à segunda medida do subteste 2, mas não houve efeito estatisticamente significativo.

No último subteste, que avaliava o conhecimento relativo à prevenção da aids, os alunos participantes do grupo Vcd no Tempo 1 apresentaram média de acertos de 5,34 (desvio padrão 1,81), e no Tempo 2 houve um aumento para 7,22. No grupo Vsd, essa média passou de 5,37 para 6,03 no Tempo 2. Quanto ao critério dos especialistas

(6,0) para ser considerado bem-informado, os participantes dos grupos Vcd e Vsd apresentavam-se abaixo dessa média no Tempo 1, mas com relação ao Tempo 2, os dois grupos apresentaram um bom desempenho, superando a nota de corte.

No que tange à influência da condição experimental, no escore do subteste 3, no Tempo 2, os dados revelam que houve diferença entre os grupos ($F_{1,371} = 79,596$; $p < 0,0001$), com efeito considerado grande (d de Cohen 0,95). Com relação ao prazo ($F_{1,371} = 0,679$; NS) e à interação entre grupo e prazo ($F_{1,371} = 3,237$; NS), não houve efeito significativo. Com isso, participar de uma discussão grupal após a visualização de um vídeo informativo teve maior influência no aumento do escore do subteste 3, mas o prazo (curto prazo e médio prazo) da segunda coleta não interferiu nesta relação.

Outras variáveis também foram relacionadas com o desempenho dos alunos no subteste 3, tais como o quanto os estudantes gostaram do vídeo ($F_{1,371} = 6,796$; NS) e o que entenderam do vídeo ($F_{1,371} = 0,820$; N S) em relação à segunda medida, mas não houve efeito estatisticamente significativo.

Por fim, para os estudantes serem considerados cientificamente bem-informados em relação à aids, teriam que atingir a nota de corte nos três subtestes (já descritos no método). A partir disso, os dados revelaram que, no grupo Vcd, 67,59% dos sujeitos foram considerados bem-informados no Tempo 1 e esse índice aumentou para 90,2% no Tempo 2. Em relação ao grupo Vsd, esse índice foi de 66,90% no Tempo 1, passando para 85,15% no Tempo 2, de estudantes bem-informados em relação ao tema, indicando, assim, a eficácia do vídeo informativo no aumento do conhecimento científico sobre o HIV/aids.

5.1.5 Dimensão: Representação Social

5.1.5.1 Análise prototípica da representação social

Nesta seção, serão estudadas as composições dos núcleos centrais e dos sistemas periféricos das representações do risco da aids mantidas pelas duas amostras analisadas (grupo Vcd e grupo Vsd). A técnica de evocação livre proposta e desenvolvida por Vergès (1992) serviu de levantamento dos possíveis elementos centrais e periféricos das representações, a partir das respostas ao estímulo “risco frente à aids”. As evocações produzidas pelos sujeitos foram, como preconiza a técnica, registradas na ordem em que foram emitidas, para permitir que se contasse com duas ordens de dados para a análise: a frequência de evocação de cada palavra ou expressão e a ordem média (OME) em que ela foi evocada. O tratamento desses dados foi feito com o auxílio do programa EVOC, já descrito no capítulo do método. Não foi realizada nenhuma análise de conteúdo ou de categorização das palavras evocadas, apenas foram colocados todos os adjetivos e os substantivos no masculino e no singular.

Assim sendo, as palavras que tenham sido ao mesmo tempo mais frequentes e/ou mais prontamente evocadas têm maior probabilidade de pertencer ao sistema central; aquelas menos frequentes e menos prontamente evocadas devem se situar no sistema periférico. O cruzamento da frequência média de palavras evocadas com a média das suas ordens de evocação permite configurar uma distribuição das evocações em quatro quadrantes.

O quadrante superior esquerdo engloba os elementos mais frequentes e mais importantes, o qual, de acordo com Abric (2003b), é denominado de “zona do núcleo central” (p. 64). Enquanto o quadrante superior direito, em que se encontram os

elementos periféricos mais importantes, pode ser chamado de “primeira periferia”, o quadrante inferior esquerdo é chamado de “zona dos elementos de contraste” (p. 64), no qual se encontram os temas enunciados por um pequeno número de pessoas, que os consideram como muito importantes. Esse quadrante revela a existência de subgrupos minoritários, que possuem uma representação diferente. E por último, o quadrante inferior direito, chamado de “segunda periferia”, apresenta os elementos menos presentes e menos importantes dentro do campo da representação.

5.1.5.2 Descrição geral

Os participantes dos grupos Vcd e Vsd produziram 2.946 respostas analisáveis entre os Tempos 1 e 2, o que dá uma média de 4,11 respostas por participante. As análises estruturais, incluindo quantidade de elementos mencionados, quantidade de elementos diferentes mencionados, média de respostas fornecidas por participante, frequência média de menção de elementos, ordem média de evocação e tabela cruzando frequências e ordens de evocação, foram realizadas separadamente para cada condição experimental e tempo.

A Tabela 8 apresenta os índices referentes às evocações para cada condição experimental e tempo. Pode-se observar que houve um aumento de produção de evocações (palavras analisáveis) no grupo Vcd em relação ao Tempo 2. Já em relação ao grupo Vsd, houve uma queda no número de evocações do Tempo 1 para o Tempo 2. Quanto às evocações entre os grupos, o grupo Vsd produziu mais no Tempo 1, no Tempo 2 houve uma inversão, e os participantes do grupo Vcd produziram mais palavras analisáveis.

Tabela 8 - Índices de evocação experimental e tempo

Condição experimental		Nº de palavras analisáveis	Nº de palavras diferentes	Média de respostas por participante	Ordem média de evocação geral
Tempo 1	Vcd	742	43	4,38	2,5
	Vsd	761	38	4,46	2,5
Tempo 2	Vcd	757	42	4,63	2,5
	Vsd	686	26	3,97	2,5

Em relação aos demais índices, a média de respostas por participante variou de acordo com o grupo e tempo. No grupo Vcd essa média aumentou do Tempo 1 para o Tempo 2, já no grupo Vsd houve uma diminuição na média de respostas dos participantes. As ordens médias de evocação não variaram de 2,5, correlatas aos grupos.

5.1.5.3 Grupo Vídeo com Discussão

Logo, esta análise visa verificar o efeito da participação do grupo Vcd sobre a estrutura das representações sociais do risco da aids de alunos do ensino médio. A primeira coleta foi feita antes (Tempo 1) que eles vissem o vídeo informativo e participassem de uma discussão em grupo sobre o tema. A segunda coleta foi realizada sete ou quatorze dias após (Tempo 2) a visualização e discussão sobre o vídeo. O prazo da segunda coleta não foi considerado neste estudo, portanto todas as evocações do Tempo 2 foram analisadas conjuntamente. Desse modo, as respostas dadas pelos alunos na primeira coleta estavam baseadas na informação que eles já possuíam sobre o tema, e em relação à segunda coleta, os alunos haviam recebido informações por meio do vídeo e também elaboradas da comunicação grupal.

A Tabela 9 apresenta o quadrante relativo ao cruzamento dos critérios de frequência e ordem média das evocações para a condição Vcd no Tempo 1. Foram feitas 742 evocações com 43 palavras diferentes. No caso, a frequência mínima para representação na tabela foi de 7, a frequência intermediária para distinguir elementos com frequência alta e baixa foi de 10, e a ordem média de evocação foi de 2,5.

Para a condição Vcd no Tempo 1, no primeiro quadrante (quadrante superior esquerdo), destacaram-se os elementos *sexo* e *doença*. Trata-se dos elementos com possibilidade de serem centrais por ter frequência elevada em relação aos outros quadrantes e a mais baixa ordem média de evocação, indicando que logo foi lembrado pelos participantes. Assim, se tem uma primeira representação do risco ligado à relação sexual que, se não prevenida, pode levar a uma doença.

O quadrante superior direito indica elementos periféricos com alto grau de ativação. São os elementos: *preservativo, morte, drogas, prevenção, sangue, vírus, medo, contaminação, dst, informação, irresponsabilidade, preconceito e perigo*. Esses elementos, em parte, remetem ao primeiro quadrante, ou seja, o preservativo como forma de prevenção para evitar a contaminação e, conseqüentemente, a doença. Há elementos em paralelo com características predominantemente negativas, como a morte, o medo diante da doença, a irresponsabilidade nas relações sexuais sem preservativo, o preconceito em relação aos portadores do vírus e, principalmente, o perigo de contaminação. A única contraparte positiva é a prevenção como a única forma de amenizar os riscos diante da doença.

A Tabela 10 apresenta a análise prototípica da condição Vcd no Tempo 2. Foram feitas 757 evocações com 42 palavras diferentes. A frequência mínima para representação na tabela foi de 7, a frequência intermediária para distinguir elementos

com frequência alta e baixa foi de 10, e a ordem média de evocação foi de 2,5. Nos termos estruturais, os resultados são um pouco semelhantes ao do Tempo 1. O primeiro quadrante no Tempo 2, isto é, depois da participação da discussão grupal, é composto por apenas um elemento: *sexo*. A palavra *sexo* ainda apresenta uma frequência bastante alta, embora ela tenha diminuído um pouco em relação ao Tempo 1. A palavra *doença*, que aparecia no Tempo 1, no primeiro quadrante, passa para o segundo quadrante no Tempo 2, não por diminuir a sua frequência, pois isto não ocorreu, mas por não ser prontamente evocada após a condição experimental. Isso pode indicar que os estudantes passaram a não relacionar o risco da aids tão prontamente à doença.

Identifica-se que o sistema periférico desse grupo é constituído, em parte, por elementos que se remetem à palavra do primeiro quadrante, ou seja, o *sexo* está relacionado com *preservativo, prevenção, contaminação e dst*.

É importante destacar que todas as palavras do segundo quadrante do Tempo 1 permaneceram no segundo quadrante no Tempo 2; porém percebe-se também no sistema periférico, o surgimento de algumas palavras que não apareciam na estrutura desse grupo, no Tempo 1, e que fazem referência ao conteúdo do vídeo informativo: *responsabilidade, coquetel, cuidado, sangue, falta de informação, consciência* (no segundo quadrante), *proteção, tristeza, seringas e transmissão* (no quarto quadrante).

Tabela 9 - Estrutura das representações sociais de risco da aids Tempo 1 - Vcd

OME < 2,5			OME > 2,5		
Elemento	<i>f</i>	OME	Elemento	<i>f</i>	OME
sexo	109	2,193	preservativo	101	2,743
doença	70	2,193	morte	50	3,240
			drogas	38	2,895
			prevenção	37	3,162
			sangue	26	3,615
<i>f</i>			vírus	24	2,667
>=			medo	16	3,438
10			contaminação	16	2,625
			dst	14	2,643
			informação	14	3,571
			irresponsabilidade	13	2,615
			preconceito	12	3,750
			perigo	10	3,100
			cuidado	9	3,444
			tratamento	9	3,444
<i>f</i>			seringa	9	3,222
<			proteção	8	3,500
10			vida	7	4,00
			tristeza	7	3,571

Tabela 10 - Estrutura das representações sociais de risco da aids Tempo 2- Vcd

OME < 2,5			OME > 2,5		
Elemento	<i>f</i>	OME	Elemento	<i>f</i>	OME
sexo	93	2,247	preservativo	93	2,699
			doença	74	2,770
			morte	58	2,828
			prevenção	56	2,536
			drogas	35	3,371
			contaminação	26	2,962
			vírus	19	2,947
			preconceito	19	2,947
<i>f</i>			responsabilidade	16	3,063
>=			medo	15	3,133
10			informação	14	3,929
			coquetel	14	3,857
			cuidado	13	3,154
			irresponsabilidade	13	3,077
			sangue	13	2,769
			perigo	12	3,750
			falta de informação	12	3,000
			consciência	10	3,600
			dst	10	3,300
			homossexualismo	9	3,000
			proteção	9	2,667
			tristeza	8	3,500
			seringa	8	2,875
<i>f</i>			transmissão	7	3,714
<			hiv	7	3,286
10			risco	7	2,714

Não houve palavras evocadas no terceiro quadrante nos dois tempos. Isso significa que há ausência de subgrupos minoritários de uma representação e a percepção sobre o tema foi homogênea.

Portanto, a estrutura das representações sociais do risco da aids após a condição experimental demonstra que os alunos continuam a considerar o risco relacionado ao *sexo*. E para visualizar a organização da representação social e confirmar a centralidade do elemento *sexo*, foi realizada uma análise de Similitude. Essa análise de co-ocorrência permite a visualização da organização da representação a partir da força com que os elementos se ligam uns aos outros (Vergès, 2002; Moliner, 1994). Assim, com o intuito de verificar a conexidade dos elementos, serão apresentados grafos da relação dos principais elementos encontrados nos dois tempos considerados neste estudo (Figura 9 e 10).

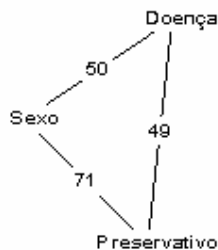


Figura 9. Gráfico do Tempo 1 – Filtro 45.

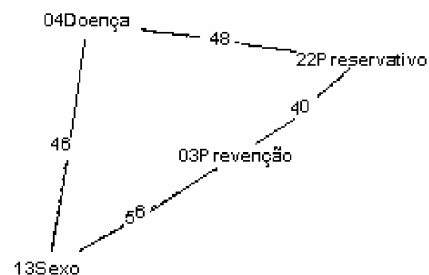


Figura 10. Gráfico do Tempo 2 – Filtro 45.

Como podem ser visualizados nas Figuras 9 e 10, os resultados confirmam que o elemento *sexo* é organizador da representação social do risco, pois apresenta forte conexidade com os elementos *doença*, *prevenção* e *preservativo*, antes e após cada condição experimental.

5.1.5.4 Grupo Vídeo sem Discussão

Esta análise visa verificar o efeito da participação do grupo Vsd sobre a estrutura das representações sociais do risco da aids para estudantes do ensino médio. Os alunos desta condição experimental, não participaram de nenhuma discussão grupal promovida pela pesquisadora. Vale salientar que, apesar de os alunos não terem sido estimulados a discutir sobre o filme, bem como não terem participado de nenhuma outra atividade envolvendo tema aids durante a pesquisa, existe a comunicação interpessoal, que não pode ser desprezada num experimento desta natureza. Desse modo, as respostas dadas pelos alunos na primeira coleta estavam baseadas na informação que eles já possuíam sobre o tema; já em relação à segunda coleta, os alunos haviam recebido informações por meio do vídeo e também da comunicação interpessoal. Assim, a primeira coleta foi feita antes (Tempo 1) da visualização do vídeo informativo, e a segunda coleta foi realizada sete ou quatorze dias após (Tempo 2) a visualização do vídeo, contudo os dados da segunda coleta foram analisados conjuntamente, sem distinção de tempo.

A Tabela 11 apresenta o quadrante relativo ao cruzamento dos critérios de frequência e ordem média das evocações para a condição Vsd no Tempo 1. Foram feitas 761 evocações com 38 palavras diferentes. No caso, a frequência mínima para representação na tabela foi de 7, a frequência intermediária para distinguir elementos com frequência alta e baixa foi de 10, e a ordem média de evocação foi de 2,5.

Para a condição Vsd no Tempo 1, no primeiro quadrante (quadrante superior esquerdo) destacaram-se os elementos *sexo*, *doença* e *dst*. Trata-se dos elementos com possibilidade de serem centrais por ter frequência elevada em relação aos outros quadrantes e a mais baixa ordem média de evocação, indicando que logo foi lembrado pelos participantes. Esses elementos, predominantemente funcionais, indicam uma

representação relacionada à doença, ou seja, o sexo que pode levar a doenças sexualmente transmitidas.

Pertinente ao quadrante superior direito que indica elementos periféricos com alto grau de ativação, os elementos que se destacam são: *preservativo, morte, drogas, prevenção, sangue, vírus, irresponsabilidade, preconceito, cuidado, sofrimento, informação, homossexualismo, transfusão e prostituição*. Existem elementos relacionados ao risco da aids, predominantemente negativos, que indicam uma visão mais normativa, já que o preconceito e a prostituição são noções que se referem aos valores, indicando que os jovens compartilham de uma dimensão histórica da aids. Há elementos também com características positivas, como o uso do preservativo, a prevenção, o cuidado nas relações e a importância da informação.

A Tabela 12 apresenta a análise prototípica da condição Vsd no Tempo 2. Foram feitas 686 evocações com 26 palavras diferentes, e a frequência mínima para representação na tabela foi de 7, a frequência intermediária para distinguir elementos com frequência alta e baixa foi de 10, e a ordem média de evocação foi de 2,5.

Tabela 11 - Estrutura das representações sociais de risco da aids Tempo 1 - Vsd

OME < 2,5			OME > 2,5		
Elemento	<i>f</i>	OME	Elemento	<i>f</i>	OME
sexo	128	2,141	preservativo	104	2,519
doença	67	2,104	morte	79	3,139
dst	19	2,316	drogas	64	3,031
			prevenção	27	2,889
			sangue	24	3,500
			vírus	20	3,400
			irresponsabilidade	18	2,833
			preconceito	16	4,188
			cuidado	14	2,857
			sofrimento	13	3,385
			informação	12	4,083
			homossexualismo	11	3,455
			transfusão	11	3,000
			prostituição	10	3,000
			seringa	9	3,556
			responsabilidade	8	3,750
			proteção	8	3,500
			descuido	8	3,250
			tristeza	7	3,143
			perigo	9	2,333
			risco	7	2,429

f
≥
10

f
<
10

Tabela 12 - Estrutura das representações sociais de risco da aids Tempo 2 - Vsd

OME < 2,5			OME > 2,5		
Elemento	<i>f</i>	OME	Elemento	<i>f</i>	OME
sexo	125	2,112	preservativo	95	2,589
			doença	71	2,789
			morte	62	3,065
			drogas	60	3,067
			prevenção	46	2,978
			sangue	25	3,320
			irresponsabilidade	19	2,737
			responsabilidade	15	3,467
			seringa	13	3,538
			dst	13	2,615
			prostituição	12	3,083
			vírus	12	3,083
			cuidado	11	3,182
			tristeza	10	3,600
			preconceito	10	3,100
			descuido	10	3,100
			medo	10	3,200
			sofrimento	10	2,700
			perigo	9	3,000
			contaminação	8	3,500
			informação	8	3,000
			tratamento	7	3,714
			falta de informação	7	3,286
			conscientização	7	3,286

f
≥
10

f
<
10

O primeiro quadrante no Tempo 2 é composto por apenas um elemento: *sexo*. Os elementos *doença e dst*, que apareciam no Tempo 1 no primeiro quadrante, passam para o segundo quadrante no Tempo 2. Isso pode indicar que os estudantes passaram a não relacionar o risco da aids somente com uma doença sexualmente transmissível.

Os elementos do segundo quadrante do Tempo 1 permaneceram, na sua grande maioria, no segundo quadrante no Tempo 2. Mesmo assim, percebe-se o surgimento de algumas palavras que não apareciam na estrutura desse grupo no Tempo 1, e que podem fazer referência ao conteúdo do vídeo informativo: *responsabilidade, tristeza, descuido e medo* (no segundo quadrante), *tratamento, falta de informação, contaminação e conscientização* (no quarto quadrante).

A estrutura das representações sociais do risco da aids depois da visualização do vídeo informativo permanece relacionada à relação sexual. Os elementos que surgiram no sistema periférico antes e após a condição experimental remetem ao fato que os estudantes associam o risco à doença, bem como a falta de responsabilidade na relação sexual ao não-uso do preservativo, coadunando-se com as informações anteriormente constatadas.

Para verificar a conexidade dos elementos encontrados antes e após a condição experimental do grupo Vsd, foi realizada uma análise de similitude para fazer o levantamento da força da relação entre os elementos evidenciados pelo EVOC, o que pode ser visualizado nas Figuras 11 e 12.

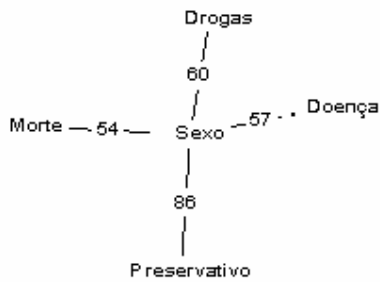


Figura 11. Gráfico do Tempo 1- Filtro 50.

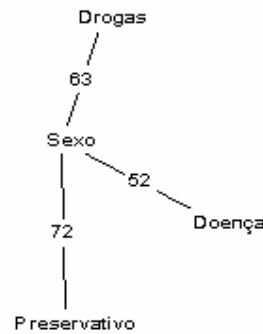


Figura 12. Gráfico do Tempo 2 – Filtro 50.

Pode-se evidenciar que os estudantes do grupo Vsd organizam sua representação do risco em torno do elemento *sexo*, e este tem forte conexão com os elementos *preservativo*, *doença* e *drogas*. Esses resultados corroboram os encontrados por meio da análise prototípica.

Considerando-se então as duas condições experimentais (Vcd e Vsd), o que pode ser inferido é o efeito do conteúdo vídeo no possível núcleo central. Não se trata de uma mudança, mas da sobreativação do elemento *sexo* em decorrência dos experimentos. Outro elemento que parece ter sofrido o efeito da variável grupo é a *doença*, que em ambos os grupos, após a condição experimental, passou a fazer parte do sistema periférico.

Cabe destacar igualmente que os elementos que estão presentes em ambos os grupos em ambos os tempos são estes: *preservativo*, *morte*, *drogas*, *prevenção*, *sangue*, *vírus*, *irresponsabilidade* e *preconceito*. Nota-se que existe uma conotação positiva e outra negativa que cerca o possível núcleo central. A positiva está relacionada com a prevenção sexual, predominantemente, o uso do preservativo. O aspecto negativo se relaciona às conseqüências causadas pela doença, ou seja, a morte e o preconceito, que

são características nefastas aos atingidos pela doença. No que se refere à irresponsabilidade nas relações sexuais sem o uso do preservativo, bem como, às formas de contaminação pelo vírus HIV, são destacadas as drogas e o sangue contaminado.

Assim, com os dados da análise prototípica e de similitude, há indicações de que as duas condições experimentais investigadas podem ter efeitos importantes nas representações sociais. Nesse sentido, justificam-se análises de resultados mais aprofundados para caracterizar com maior precisão os efeitos encontrados. A análise prototípica e de similitude foi útil para descrever os dados de modo global e fornecer indícios de diferenças entre os grupos experimentais. Já a análise fatorial de correspondências permitirá verificar associações entre ocorrências de elementos (palavras) e variáveis manipuladas (grupo e tempo), e, com isso complementar os resultados obtidos nesta seção.

5.1.5.5 Análise fatorial de correspondências

A análise fatorial de correspondências foi realizada a partir de uma tabela lexical de palavras X modalidades (201 X 6), visando identificar mais claramente as diferenças entre os grupos. As modalidades consideradas foram: Tempo 1, Tempo 2, Vcd, Vsd, curto prazo e médio prazo. O Φ^2 ²⁰ total da análise foi de 0,0535. Foram retidos três fatores, que explicam 100% da inércia.

Para verificar a contribuição das variáveis em cada fator, foi dividido o valor 100 pelo número de modalidades das variáveis e chegou-se à média de 16,66 a contribuição

²⁰ Φ^2 – É um coeficiente derivado do qui quadrado que é igual ao qui quadrado dividido pelo efetivo global da tabela e remete a inércia (Deschamps, 2003).

absoluta²¹ por fator de cada modalidade. Foram consideradas como integrantes de um fator as modalidades com contribuições superiores a essa média. Do mesmo modo, dividiu-se o valor 100 pela quantidade de palavras evocadas, de modo a obter-se a média de 1,2; contudo foram considerados como integrantes de um fator os elementos (palavras) com contribuição para um fator igual ou superior a 1,4 (critério arbitrário).

Como demonstrativo da análise, remeter-se-á o leitor à Tabela 13, na qual se apresentam os resultados da análise relativos às modalidades das variáveis ativas (Tempo 1, Tempo 2, Vcd, Vsd, curto prazo e médio prazo). Observa-se que houve uma divisão das modalidades entre os fatores. O primeiro fator, responsável por 56,68% da inércia, é caracterizado pelas modalidades da variável grupo (Vcd e Vsd), e ambas são explicadas neste fator, devido ao valor cosseno quadrado²² (0,70). O segundo fator, que corresponde a 24,70% da proporção da inércia, tem contribuições das modalidades curto prazo e médio prazo. Por derradeiro, coloca-se o terceiro fator, correspondente a 18,63% da proporção da inércia, cuja representação é tipificada pela variável Tempo, com o valor do cosseno quadrado considerado alto (0,79).

²¹ Contribuição absoluta (CPF) – “nível de participação de cada variável na construção ou definição desse eixo – ou, em que medida uma variável contribui para o significado ou explicação do fator” (Oliveira & Amâncio, p. 335).

²² Cosseno quadrado (*cosinus carré*) – “contribuição relativa que mostra a quantidade de variância do ponto que é explicada pelo fator, isto é, mede a contribuição do fator para a explicação dessa variável” (Oliveira & Amâncio, p. 335).

Tabela 13 - Resultados da análise fatorial de correspondência referentes às modalidades das variáveis ativas

Modalidade	P. rel.	D0	Fator 1			Fator 2			Fator 3		
			Coord.	CPF	Cos ²	Coord.	CPF	Cos ²	Coord.	CPF	Cos ²
Tempo 1	16,70	0,03	-0,06	2,1	0,11	0,06	4,1	0,10	0,16	43,7	0,79
Tempo 2	16,64	0,03	0,06	4,1	0,10	-0,06	4,1	0,10	-0,16	43,9	0,079
Vcd	16,61	0,06	0,21	24,8	0,70	-0,12	19,5	0,24	0,06	5,9	0,06
Vsd	16,73	0,06	-0,21	24,6	0,70	0,12	19,3	0,24	-0,06	5,9	0,06
Curto prazo	14,92	0,08	0,23	25,7	0,067	0,16	29,2	0,33	-0,01	0,3	0,00
Médio prazo	18,42	0,05	-0,19	20,8	0,67	-0,13	23,7	0,33	0,01	0,2	0,00

Por meio da Tabela 14, demonstram-se as coordenadas e cossenos quadrados das variáveis ilustrativas: sexo dos participantes, percepção de risco, namoro, experiência sexual, uso do preservativo, teste de conhecimento científico e atitude. Pode-se observar que elas são pouco explicadas pelos fatores, já que seus cossenos quadrados são baixos (nenhum acima de 0,18); por esse motivo serão descritas apenas as mais significativas. Com relação ao primeiro fator, os indivíduos que se sentem com muito menos risco em relação à população brasileira e que não costumam utilizar o preservativo se situaram mais próximos ao pólo correspondente à modalidade Vsd. A respeito do segundo fator, nenhuma modalidade foi representativa, pois o valor do cosseno quadrado não ultrapassou 0,2. No terceiro fator, os indivíduos posicionados próximos ao pólo do Tempo 1 foram aprovados no TCCHA, e os reprovados no TCCHA aproximaram-se do pólo Tempo 2. Por fim, como as variáveis ilustrativas não participam do cálculo e aparentam ser pouco representativas nos fatores, optou-se por não incluir essas variáveis na representação gráfica da análise fatorial de correspondências.

Tabela 14 - Coordenadas e Cossenos quadrados das variáveis ilustrativas

Modalidade	P. rel.	Dist. 0	Fator 1		Fator 2		Fator 3	
			Coord.	Cos ²	Coord.	Cos ²	Coord.	Cos ²
Masculino	16,64	0,07	-0,03	0,01	0,00	0,00	-0,01	0,00
Feminino	16,70	0,07	0,03	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00
Muito – risco B	10,77	0,09	-0,08	0,07	-0,04	0,02	0,01	0,00
Menos risco B	16,37	0,04	0,02	0,01	0,03	0,02	-0,02	0,01
Mais risco B	5,05	0,24	0,07	0,02	0,01	0,00	0,04	0,01
Muito + risco B	1,14	1,47	0,14	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Muito – risco A	6,92	0,12	-0,02	0,00	0,02	0,00	0,06	0,03
Menos risco A	23,54	0,01	0,00	0,00	-0,01	0,00	-0,02	0,03
Mais risco A	2,72	0,46	0,06	0,01	0,01	0,00	0,02	0,00
Muito + risco A	0,15	3,59	0,03	0,00	0,14	0,01	-0,09	0,00
Namorando	7,19	0,17	0,06	0,02	0,00	0,00	-0,03	0,00
Sem namorado	26,14	0,01	-0,02	0,02	0,00	0,00	0,01	0,00
Experiência sexual	9,85	0,12	-0,05	0,02	-0,02	0,00	-0,03	0,01
Sem exp. sexual	23,48	0,02	0,02	0,02	0,01	0,00	0,01	0,01
Usou preservativo	1,53	0,93	0,02	0,00	0,08	0,01	-0,11	0,01
Não usou preservativo	24,79	0,02	-0,04	0,04	-0,01	0,01	0,01	0,00
TCCHA - A	22,65	0,01	0,02	0,04	0,01	0,01	0,05	0,17
TCCHA - R	10,65	0,06	-0,05	0,04	-0,02	0,01	-0,11	0,18
Atitude positiva	1,58	0,94	-0,34	0,12	-0,06	0,00	-0,11	0,01
Atitude negativa	31,76	0,00	0,02	0,12	0,00	0,00	0,01	0,01

Fator 1: Condutas de Risco X Prevenção

O primeiro fator opõe condutas de risco e prevenção frente ao risco da aids. Trata-se da contraposição mais marcante dos dados, pois explica sozinha 56,68 % da proporção da inércia, com autovalor 0,0303. No aspecto da conduta de risco, que está associado à modalidade Vsd, o risco é representado pelos estudantes como uma consequência de comportamentos arriscados, como o uso de drogas e a relação sexual sem o preservativo, podendo gerar muitas perdas e sofrimento caso o indivíduo seja descuidado e venha se contaminar. Aparecem também elementos preconceituosos, como a prostituição e homossexualismo, como sendo grupos de risco e com maior

probabilidade de se arriscar frente à doença. Os elementos mais marcantes desse pólo são: *drogas, prostituição, sexo, África, homossexualismos, magreza, transfusão, descuido, Cazuzza, rock, perdas, respeito e sofrimento*. Quanto ao pólo prevenção, associado à modalidade Vcd, o risco aparece relacionado tanto à forma de prevenção sexual, com o uso do preservativo, quanto à forma de prevenção para não desenvolver a doença aids, por meio do tratamento. A angústia e o medo em relação à doença estão presentes no pensamento dos jovens, que se apóiam na família e na prevenção como estratégia no combate à aids. Na Tabela 15, pode ser visualizada a oposição entre os pólos descuido e prevenção.

Tabela 15 - Análise de correspondências do Fator 1 (baseada em tabela palavras X modalidades)

Primeiro Fator	Descuido				Prevenção			
	Modalidades	Coord.	Cont. Absoluta	Cos ²	Modalidades	Coord.	Cont. Absoluta	Cos ²
Autovalor = 0,0303	Vídeo SD	- 0,21	24,6	0,7	Vídeo CD	0,21	24,8	0,70
Inércia = 56,68%	Elementos	Coord.	Porc. Absoluta	Porc. Relativa	Elementos	Coord.	Porc. Absoluta	Porc. Relativa
	drogas	- 0,17	5,9	0,95	coquetel	0,44	4,5	0,84
	prostituição	- 0,33	4,0	0,90	contato	0,27	4,1	0,71
	sexo	- 0,12	6,0	0,97	tratamento	0,35	3,7	0,92
	África	- 0,41	2,4	0,78	preservar	0,90	3,3	0,98
	homossexualismo	- 0,28	2,3	0,60	angústia	0,67	3,2	0,91
	magreza	- 0,88	2,3	0,82	medo	0,24	2,7	0,99
	transfusão	- 0,29	2,2	0,75	infecção	0,50	2,5	0,80
	descuido	- 0,27	2,0	0,98	jovens	0,55	2,2	0,93
	Cazuzza	- 0,62	2,0	0,91	prevenção	0,12	2,2	0,50
	rock	- 0,70	2,0	0,71	consciência	0,26	1,8	0,71
	perdas	- 0,57	1,6	0,81	anticoncepcional	0,44	1,6	0,95
	respeito	- 0,62	1,5	0,82	HIV	0,31	1,6	0,69
	sofrimento	- 0,21	1,5	0,84	família	0,55	1,5	0,99
					deficiência	0,59	1,4	0,64

Fator 2: Doença X Formas de Contaminação

O segundo fator é responsável por 24,70% da proporção da inércia e opõe dois pólos: doença e formas de contaminação. O pólo denominado doença, associado aos participantes que responderam à segunda coleta em médio prazo, agrupou elementos ligados aos portadores do vírus HIV e aos danos à saúde, que a doença pode causar. Em relação ao pólo formas de contaminação, associado aos participantes que responderam ao segundo questionário em curto prazo, organiza elementos que remetem à vulnerabilidade dos indivíduos que possuem namorados, pois se tornam mais expostos às Dsts, devido à confiança que depositam no parceiro, e acabam não utilizando o preservativo em todas as relações sexuais. Os elementos mais significativos podem ser visualizados na Tabela 16.

Tabela 16 - Análise de correspondências do Fator 2 (baseada em tabela palavras X modalidades)

Segundo Fator	Doenças				Formas de contaminação			
	Modalidades	Coord.	Cont. Absoluta	Cos ²	Modalidades	Coord.	Cont. Absoluta	Cos ²
Autovalor = 0,0132	Médio Prazo	- 0,13	23,7	0,33	Curto Prazo	0,16	29,2	0,33
Inércia = 24,70%	Elementos	Coord.	Porc. Absoluta	Porc. Relativa	Elementos	Coord.	Porc. Absoluta	Porc. Relativa
	insegurança	- 0,44	5,4	0,66	dst	0,21	5,9	0,90
	Baixa imunidade	- 0,57	5,2	0,64	dependência	0,88	5,4	0,99
	doentes	- 0,79	4,4	0,98	infelicidade	0,77	4,1	0,76
	saúde	- 0,30	3,8	0,59	namorado	0,77	4,1	0,76
	homossexualidade	- 0,23	3,6	0,40	contágio	0,49	2,8	0,45
	pena	- 0,55	2,1	0,89	imunodeficiência	0,44	2,7	0,83
	esperança	- 0,29	1,9	0,46	burrice	0,45	2,4	0,55
	segurança	- 0,36	1,8	0,27	remédios	0,32	2,2	0,99
	conseqüência	- 0,34	1,6	0,68	aids	0,33	2,0	0,86
	fragilidade	- 0,28	1,6	0,62	problemas	0,15	2,0	0,60
	HIV	- 0,20	1,5	0,29	atenção	0,40	1,9	0,64
	África	- 0,22	1,5	0,22	sangue	0,09	1,5	0,67
	coquetel	- 0,16	1,4	0,84				

Fator 3: Prevenção X Doença

Este fator é responsável por 18,63% da proporção da inércia e opõe dois pólos: Prevenção e Doença. O pólo prevenção, associado às respostas dos participantes no Tempo 2, agrupou os seguintes elementos: *responsabilidade, amor, prevenção, cautela, segurança, rock, inseqüência, mulher, consciência, esperança, infelicidade e namoro*. A prevenção aparece aqui ligada ao amor e à confiança no parceiro. Quanto ao pólo doença, associado às respostas dos participantes no Tempo 1, organiza elementos que remetem a conseqüências causadas pela doença, como a morte, a baixa imunidade, a deficiência dos órgãos, a internação hospitalar e a discriminação e o preconceito direcionados aos doentes de aids. A Tabela 17 apresenta os dados do fator 3.

Tabela 17 - Análise de correspondências do Fator 2 (baseada em tabela palavras X modalidades)

Terceiro Fator	Prevenção				Doença			
	Modalidades	Coord.	Cont. Absoluta	Cos ²	Modalidades	Coord.	Cont. Absoluta	Cos ²
Autovalor = 0,0100	Tempo 2	- 0,13	23,7	0,33	Tempo 1	0,16	29,2	0,33
Inércia = 18,63%	Elementos	Coord.	Porc. Absoluta	Porc. Relativa	Elementos	Coord.	Porc. Absoluta	Porc. Relativa
	responsabilidade	-0,28	10,2	0,96	morte	0,07	4,1	0,77
	amor	- 0,61	6,9	1,00	baixa-imunidade	0,41	3,6	0,90
	prevenção	-0,11	6,0	0,45	vírus	0,12	3,4	0,82
	cautela	- 0,63	3,6	0,90	insegurança	0,27	2,7	0,25
	segurança	-0,41	3,1	0,35	deficiência	0,44	2,4	0,36
	rock	-0,43	2,3	0,27	discriminação	0,48	2,1	0,61
	inseqüência	-0,46	2,0	0,55	relação sexual	0,14	2,1	0,91
	mulher	-0,32	1,9	0,54	infecção	0,25	1,8	0,19
	consciência	- 0,15	1,9	0,24	hospital	0,27	1,7	0,81
	esperança	-0,24	1,8	0,33	contágio	0,32	1,5	0,18
	infelicidade	-0,43	1,7	0,23	peessoas	0,34	1,4	0,41
	namorado	-0,43	1,7	0,23				

A Figura 13 apresenta a projeção dos dois primeiros fatores no plano cartesiano. Os elementos sublinhados contribuem para o Fator 1, que trata do efeito da variável grupo, enquanto que os elementos em itálico contribuem para o Fator 2, vinculado ao efeito da variável prazo. Os elementos sublinhados e em itálico contribuem para os dois fatores, são estes: *África*, *Homossexualismo*, *coquetel* e *HIV*. No Fator 1 pode ser visualizado que os participantes do grupo Vcd apresentaram uma visão do risco voltada para a prevenção, o medo, o tratamento e a consciência para o combate da doença. E os participantes do grupo Vsd, para o sofrimento, o descuido, o sexo, as drogas e a prostituição. No Fator 2, os elementos remédio, dst e problemas estão mais próximos das respostas a curto prazo, e os elementos saúde, baixa imunidade e pena aparecem presentes, mas de uma forma mais dispersa, nos participantes do médio prazo.

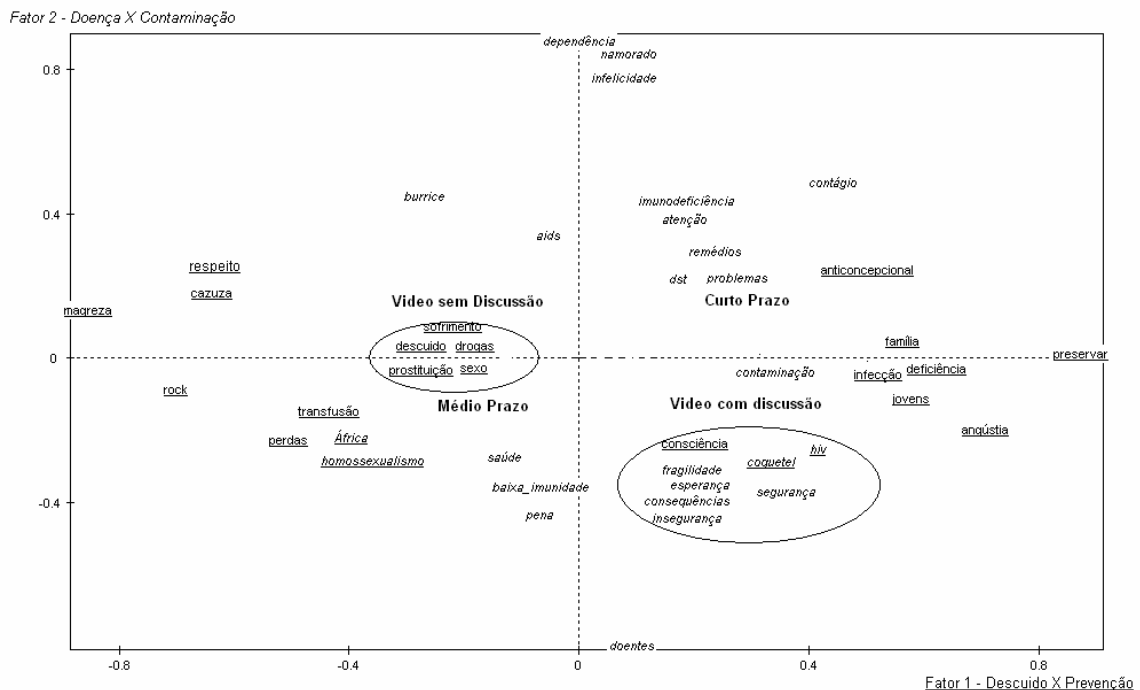


Figura 13. Representação gráfica dos resultados da análise de correspondências dos Fatores 1 e 2.

A Figura 14 apresenta a projeção no plano cartesiano, dos Fatores 1 e 3. Os elementos sublinhados contribuem para o Fator 1, que trata do efeito da variável grupo, enquanto que os elementos em *itálico* contribuem para o Fator 3, vinculado ao efeito da variável Tempo. Não houve elementos que contribuíssem para os dois fatores. Os elementos que fazem referência ao uso de drogas, ao descuido, ao sexo sem preservativo, à morte, a grupo de mulheres contaminadas e à discriminação aos soropositivos estão próximos dos das modalidades Vsd e Tempo 1, o que enfatiza a visão dos estudantes relacionando ao risco as formas de contaminação e as conseqüências da doença. Os elementos *prevenção, esperança, consciência, tratamento, família, medo, angústia e inseqüência* estão próximos às modalidades Vcd e Tempo 2. Demonstra-se, assim, que estudantes que participaram da discussão passaram a representar o risco da aids como sendo combatido pela prevenção, e na vida dos portadores do vírus e doentes de aids acometidos pela doença, eles têm esperança de que possa haver uma vida saudável, desde que disponham de tratamentos adequados.

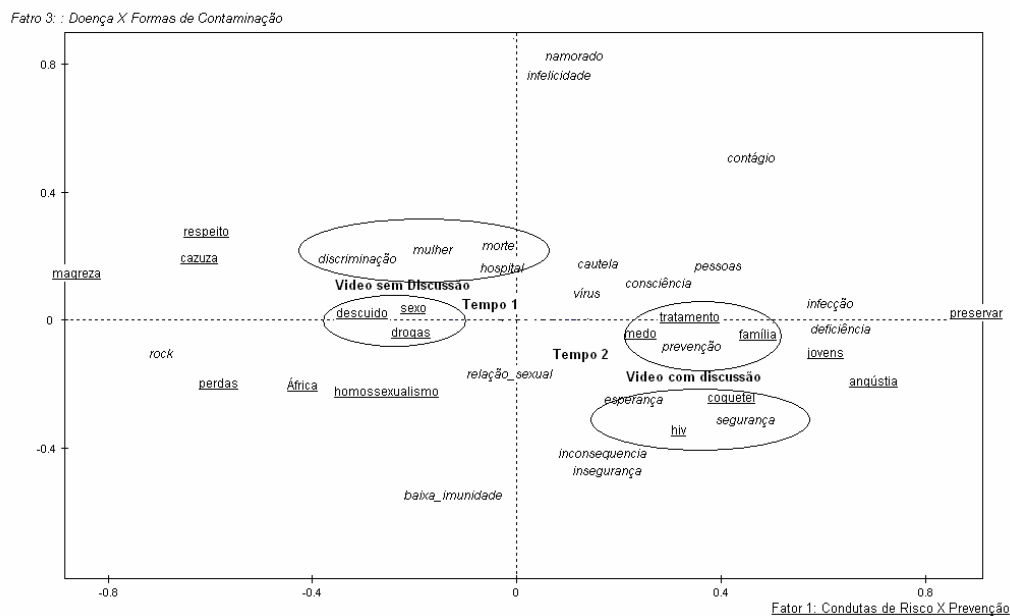


Figura 14. Representação gráfica dos resultados da análise de correspondências dos Fatores 1 e 3.

Assim, há um estreitamento dos resultados da análise prototípica. Existe a confirmação de que a modalidade grupo tem influência no elemento *sexo*. O elemento *doença*, que aparecia na análise prototípica com frequência alta, tanto no grupo Vcd como no grupo Vsd, não aparece na análise fatorial. Apesar de não terem sido identificados na análise prototípica, outros elementos importantes foram apontados pela análise fatorial de correspondência como associados à modalidade grupo Vcd: *tratamento, contato, preservação, angústia, infecção, jovens, família e deficiência*. Já em relação ao Vsd, os elementos foram: *magreza, Cazuzá, rock, perdas e respeito*.

O Quadro 3 apresenta uma síntese dos resultados da análise prototípica e da análise fatorial de correspondências. Estão nele enumerados os principais elementos relacionados ao grupo e ao Tempo.

	Análise prototípica		Análise fatorial	
	Tempo 1	Tempo 2	Tempo 1	Tempo 2
Ativados pelo Vcd	Sexo Doença	Sexo	Sexo Medo	Prevenção Tratamento
Ativados pelo Vsd	Sexo Doença Dst	Sexo	Sexo Drogas Morte	Sexo Drogas Descuido

Quadro 3 - Elementos da representação social de estudantes do ensino médio sobre o risco frente à aids

Portanto, pode ser visualizado o efeito das condições experimentais nas representações sociais dos estudantes do ensino médio. Quanto ao efeito da variável grupo Vcd, os estudantes tendem ativar elementos após a participação no experimento, cujas variáveis estão relacionadas a sexo, prevenção e tratamento. Logo, o risco da aids é visto pelos adolescentes como ligado às relações sexuais sem o uso do preservativo, entretanto pode ser combatido com os instrumentos de prevenção e de tratamento aos

doentes. No que é pertinente aos participantes do grupo Vsd, os elementos sexo, descuido e drogas, são ativados e passam a relacionar o risco ao descuido nas relações sexuais sem o preservativo e ao uso de drogas, que tornam os adolescentes mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis, em particular, a aids.

5.2 Estudo B – Caso Simulado

O caso simulado consistiria em uma controvérsia pública em torno da aprovação ou não de uma pesquisa em milhares de pessoas sobre uma vacina experimental contra a aids. A vacina teria sido desenvolvida por empresas européias e norte-americanas, já tendo ultrapassado os estudos prévios, e se trataria de submeter a nível III, os estudos experimentais antes do estabelecimento de sua comercialização. O problema reside no fato de que os estudos deveriam afetar muitas crianças menores de três anos, e, prevendo possíveis resistências que aconteceriam em países desenvolvidos, as empresas farmacêuticas propõem que a pesquisa seja desenvolvida no continente africano, em face de suas características socioeconômicas e culturais. Outro fator relevante seria a possibilidade de que, longe de imunizar contra o vírus, a vacina poderia servir em certo número de casos como um mecanismo que acelere a manifestação da enfermidade. Por conseguinte, os alunos deveriam decidir sobre a aprovação ou não dos testes e como proceder com as conseqüências da decisão.

Pela própria natureza do problema, os alunos foram divididos em 5 grupos, os quais representaram as seguintes instituições:



1. ²³**Conferência Internacional sobre a AIDS:** organização internacional dependente da Organização Mundial da Saúde (OMS) – dedicou-se a avaliar e regular todos os aspectos relativos à investigação e aplicação de terapias contra a enfermidade. Este comitê preparou a reunião e decidiu a polêmica.



2. **Corporação de Laboratórios para o projeto AIDS – 2006:** conjunto de empresas farmacêuticas que estiveram presentes na investigação contra o HIV, que afirmavam haver conseguido uma vacina eficaz e que planejavam sua aplicação em humanos, num experimento em que deveriam participar milhares de pessoas, uma boa parte delas crianças pequenas.



3. **Departamento de Saúde Pública:** departamentos de diferentes países com o principal interesse de que esse tipo de experimento auferisse o quanto antes um êxito definitivo na luta contra uma enfermidade, que preocupava muito a opinião pública. Sua postura foi, majoritariamente, favorável para que se realizassem os ensaios, ainda que surgissem diferenças nas posturas de diferentes governos.



4. **Comitê de Investigações sobre Enfermidades Infecciosas:** um grande grupo de cientistas de distintos países, que se opuseram aos planos de começar os experimentos com a nova vacina. Segundo eles, o estado da investigação sobre o tema não era tão bom para começar já os ensaios em humanos. Pareceu-lhes uma decisão precipitada e deveriam levar em conta fatores não estritamente científicos, que criavam serias dúvidas de caráter moral.

²³ Os símbolos de todos os grupos foram selecionados pela autora, não faz parte do trabalho original.



5. **Organização Não-Governamental (ONG) “Prevenção e Solidariedade”**: estava contra os experimentos, porque considerava que o dinheiro investido seria mais eficaz na luta contra a AIDS se fosse destinado a programas educativos para informar sobre as formas de contágio e prevenção.

Para melhor compreensão das atividades que foram realizadas em sala de aula com os jovens, serão apresentadas, a seguir, as principais etapas e considerações feitas pelos grupos para defender sua equipe.

Abertura da Conferência

Os alunos que participaram representando a Conferência Internacional, na qual decidiriam a controvérsia, deveriam preparar uma saudação inicial para a abertura do debate, que é exemplificado por esta saudação elaborada por um dos grupos:

A aids apesar dos avanços tecnológicos no combate a essa doença, ainda é um mal que cresce e perturba o mundo. Segundo o relatório da ONU, aproximadamente 40 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids, e o número vem aumentando. A África subsahariana é a mais afetada região, com aproximadamente 2/3 do total mundial (25,4 milhões). É uma epidemia que parece não ferir devido às condições de vida da população. Pois, nove entre dez crianças infectadas pelo vírus HIV no mundo, vivem em países da África.

Por isto, estamos reunidos aqui hoje para discutir os diversos aspectos e implicações sobre o desenvolvimento do produto chamado AIDS – 2006 que, segundo seus criadores, é uma vacina para combater a aids.

Tendo em vista que os testes finais de eficácia do produto não foram realizados, ou não foram totalmente realizados, e que esses testes, no diz respeito à aplicação em seres humanos, esbarram em questões morais e de saúde pública, bem como o bem estar social. A Conferência Internacional sobre a Aids aqui presente decidirá sobre o futuro desse impasse.

Diante da presença de órgãos relacionados ao problema da doença no mundo, devidamente representados. E pelo poder a mim concedido, declaro aberto o debate.

Defesa dos grupos

Principais argumentos utilizados a favor ou contra a liberação da vacina, por grupo de pertença:

A favor da liberação da vacina:

Corporação de Laboratórios para o projeto AIDS – 2006

A grande quantidade de pessoas infectadas assombra o mundo inteiro, e com a grande tecnologia disponível nos dias de hoje, nada mais justo que utilizá-la para o bem dos seres humanos. Construímos a vacina, que teve muito sucesso nas fases I e II, queremos passar adiante e testá-la em humanos, para que sua eficácia seja comprovada e a aids seja combatida.

Departamento de Saúde Pública

Se gasta muito dinheiro com os tratamentos de soropositivos, dinheiro este que, com a vacina, seria aplicado para solução de outros problemas na área de saúde. Além disso, há no mundo 40 milhões de pessoas com aids, e esta vacina é uma esperança para milhares de pessoas.

Os principais argumentos utilizados pelos estudantes para defender seu grupo foi o grande número de doentes de aids no continente africano, e o quanto seriam valiosos os investimentos gastos em tratamentos dos portadores do vírus e doentes de aids se fossem destinados a outros setores, principalmente ao da educação.

Contra a liberação da vacina:

Comitê de Investigações sobre Enfermidades Infecciosas

As crianças com aids são ignoradas pelas indústrias farmacêuticas por não serem um mercado lucrativo, logo, não são produzidos testes e medicamentos destinados aos jovens pacientes africanos. Devido a isso, muitos vão morrer antes dos 2 anos de idade. Os laboratórios farmacêuticos não se preocupam em gastar dinheiro com medicamentos e testes diagnósticos adaptados aos recém-nascidos, o que teria resultados mais práticos e acessíveis. Porém, preferem a vacina por ter mais efeitos midiáticos. Enquanto isso, milhões de crianças estão morrendo em toda a África.

Organização Não-Governamental (ONG) “Prevenção e Solidariedade”:

As pessoas da África, bem como milhões de pessoas em todo o mundo não têm direito a uma vida digna. Não é justo usá-las como cobaias, pagar por isso e depois abandonadas sem acesso à informação, a alimentação, ao tratamento e prevenção do vírus HIV. E se houverem efeitos colaterais da vacina, quanto vale a vida de um africano? E quanto valeria a de um norte-americano ou de um europeu? É uma falácia dizer que os africanos teriam acesso a AIDS-2006. Eles não têm acesso à camisinha, tratamento anti-retrovirais, meios para evitar a transmissão vertical e nem a alimentação. Quem dirá a uma vacina com altíssimos custos que demoraria anos para chegar até eles.

A vacina foi considerada pelos grupos como um risco à saúde dos participantes, e os perigos dos testes não poderiam ser assumidos antes que mais estudos fossem realizados. O estado da investigação sobre o tema não era tão satisfatório a ponto de desencadear experimentos em seres humanos. Concluíram que era uma decisão desarrazoada e desproporcional, uma vez que, em primeira medida, não considerava os critérios eminentemente científicos, além de, em segundo momento, despertar uma série de questionamentos de ordem ético-moral sobre manipulações com seres humanos. Além disso, não se poderiam prever os resultados, em atendimento ao princípio da precaução.

Decisão final

Das cinco turmas que participaram da pesquisa, apenas duas aprovaram a liberação da vacina. O principal argumento utilizado para a reprovação foi que o risco para as crianças seria muito grande e deveriam existir mais pesquisas antes de sua liberação. Já nas turmas em que a vacina foi aprovada, o principal argumento se pautou na pobreza e nas condições muito precárias de desenvolvimento dessas crianças, logo, os riscos da aplicação da vacina seriam mínimos em relação às condições socioeconômicas dessa população. O grupo que decidiu a controvérsia era orientado a

se pautar pelo melhor argumento, seja a favor ou contra, sem levar sua opinião em conta.

5.2.1 Descrição dos resultados

Participaram deste estudo 100 estudantes, com média de idade de 16 anos e nove meses (desvio padrão de 2 anos), composta por 60% de homens e 40% de mulheres. A Tabela 18 apresenta o número de participantes em relação ao grupo de pertença:

Tabela 18 - Frequência de participantes em relação ao grupo de pertença

Grupo	Frequência
Conferência	22
Saúde Pública	21
Laboratórios	20
Doenças infecciosas	15
ONG	22
Total	100

A análise dos dados será apresentada por dimensões para melhor compreensão dos resultados. As dimensões analisadas são: 1. Percepção de Risco 2. Afetiva e Sexual; 3. Atitude; 4. Conhecimento; 5. Representação Social.

Os dados sempre se referem ao total de participantes que responderam ao questionário no Tempo 1 (antes do caso simulado) e no Tempo 2 (depois do caso simulado). As respostas com dados incompletos foram desconsideradas para fins de análise dos dados.

5.2.2 Dimensão percepção de risco

Os participantes foram questionados acerca da percepção do seu risco frente à aids em relação à população brasileira e em relação aos seus amigos e conhecidos a partir de uma escala de quatro pontos (ponto médio=2,5) que ia de “muito menos risco” a “muito mais risco”. Na Figura 15 pode ser visualizado como os participantes se posicionaram em relação a estes itens antes (Tempo 1) e após (Tempo 2) o caso simulado.

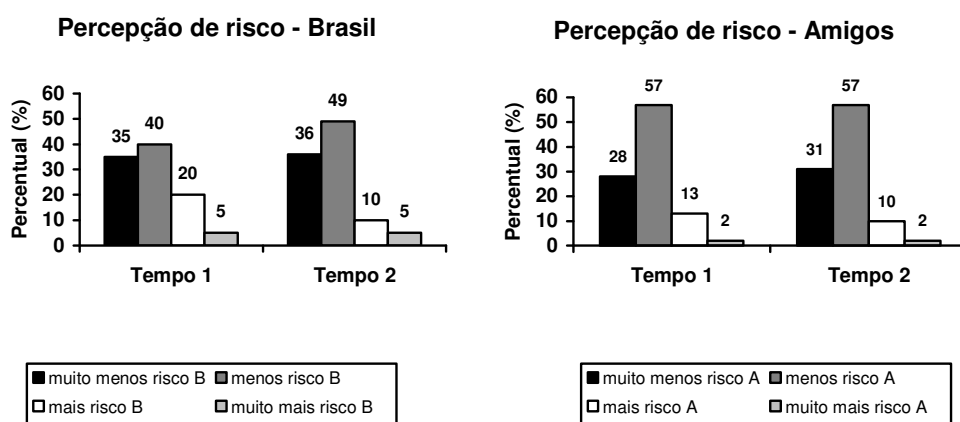


Figura 15. Percepção de risco dos estudantes em relação à população brasileira e aos amigos por tempo.

Quanto ao risco percebido em relação à população brasileira, a média dos estudantes foi de 1,95 (desvio padrão 0,87) no Tempo 1, e no Tempo 2 essa média passou para 1,84 (desvio padrão 0,80); mas não houve diferença significativa [$t = 1,349$, $gl = 99$, NS]. Em relação aos amigos e conhecidos a média foi de 1,89 (desvio padrão 0,69) no Tempo 1, passando para 1,83 (desvio padrão 0,68) no Tempo 2, mas essa diferença não foi significativa [$t = 0,948$; $gl = 99$; NS]. Em ambos os itens os participantes se posicionaram abaixo do ponto médio, entre “muito menos risco” e “menos risco”, tanto no Tempo 1 quanto no Tempo 2, contudo houve uma baixa no escore médio do Tempo 2, mesmo que esta diferença não seja significativa, indica que

os estudantes se sentiram com um pouco menos risco de serem contaminados pelo vírus HIV após o caso simulado.

5.2.3 Dimensão afetiva e sexual

Quanto ao relacionamento amoroso, a maior parte dos participantes, correspondente a 70%, declarou não ter namorado(a) na época da pesquisa. Dos estudantes que tinham namorado(a) (30%), mais da metade era do sexo feminino (56,7%) e namoravam há mais de 6 meses (62,1%). Não existe relação significativa entre sexo e namoro [$\chi^2 = 4,96$; gl = 1; NS].

Em termos de experiências sexuais, a proporção de 47% dos participantes relatou ter tido pelo menos uma relação sexual com penetração. E quando questionados se haviam tido relações sexuais com penetração nos últimos 12 meses, esta proporção diminuiu para 39%. E destes estudantes que tiveram relação nos últimos 12 meses, a maioria dos participantes (72,5%) declarou que essas relações se deram com um único parceiro(a). A experiência sexual nos últimos 12 meses com um único parceiro está relacionada ao fato de o estudante estar namorando no momento da pesquisa [$\chi^2 = 15,713$; gl = 2; $p < 0,001$; V (Cramer) = 0,398], como pode ser visualizado na Tabela 19, a partir da análise de resíduos.

Tabela 19 - Distribuição de frequência e de resíduos padronizados da relação entre namoro e relação sexual com penetração nos últimos 12 meses

Namorando	Frequência/Resíduos Padronizados	Relação sexual			Total
		Não	Sim, com a mesma pessoa	Sim, com mais de uma pessoa	
Sim	Frequência	14	16	0	30
	Resíduos padronizados	(-1,0)	(2,6)	(-1,8)	
Não	Frequência	46	13	11	70
	Resíduos padronizados	(0,6)	(-1,7)	(1,2)	
Frequência Total		60	29	11	100

Em relação ao comportamento de proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis, o correspondente a 87,8% respondeu que o preservativo foi utilizado em todas as relações sexuais que tiveram. Dos estudantes que namoravam, 87,5% usou preservativo em todas as relações sexuais. E para os que não namoravam, o correspondente a 88% relatou também ter utilizado o preservativo em todas as relações sexuais. Não foi verificada associação significativa entre ter ou não namorado(a) e utilizar preservativo nas relações sexuais [$\chi^2 = 0,002$; gl = 1; NS].

5.2.4 Dimensão Atitudinal

A atitude frente ao uso do preservativo foi medida por meio de uma escala que ia de 1 (atitude desfavorável) a 5 (atitude favorável) pontos. Os participantes tiveram média de 3,94 (desvio padrão 0,59) no Tempo 1, aumentando para 3,96 (desvio padrão 0,55) no Tempo 2. Essa diferença foi estatisticamente significativa ($F_{1,79} = 97,070$;

$p < 0,001$). Percebe-se que tanto antes como após a condição experimental, por ser acima do ponto médio da escala, 3, os estudantes posicionaram-se positivamente ao uso do preservativo, mas houve influência da simulação para que os estudantes se tornassem ainda mais favoráveis. As variáveis relação sexual ($F_{3,79} = 0,821$; NS), namoro ($F_{1,79} = 7,53$; NS) e sexo dos participantes ($F_{1,79} = 0,111$; NS) não apresentaram influência sobre as atitudes dos estudantes.

5.2.5 Dimensão conhecimento

5.2.5.1 Fontes de informação sobre aids

As principais fontes de informação sobre aids indicadas pelos adolescentes, como origem da maioria de suas informações, em ordem decrescente de frequência foram: escola, televisão, família, revistas, amigos, folhetos informativos, profissionais de saúde e jornais (ver Figura 16).

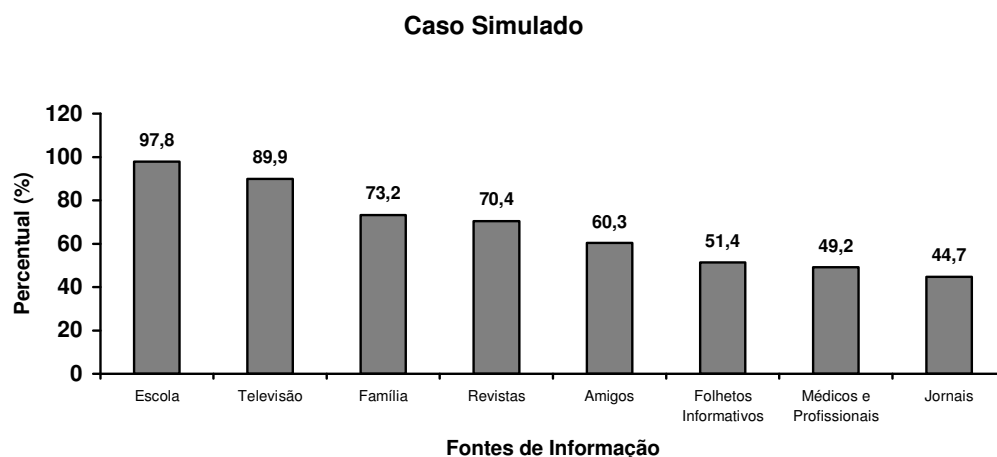


Figura 16. Distribuição da frequência de participantes que indicaram as principais fontes de informação sobre a aids.

A respeito das fontes de informação nas quais os participantes obtiveram conhecimento sobre a aids, a escola aparece como a principal para quase todos os alunos (97,8%). Além disso, a televisão (89,9%) também está presente para a grande maioria dos estudantes. Cerca de dois terços das informações são fornecidas pela família, revistas e amigos. Os folhetos informativos (51,4%), profissionais de saúde (49,2) e jornais (44,7%), também, são fontes importantes para quase metade dos estudantes.

Quanto aos estudantes terem se envolvido em alguma atividade correlacionada com o tema aids antes da pesquisa, mais da metade (54%) afirmou que não havia se envolvido. E quanto a participar de alguma atividade envolvendo o tema aids durante a pesquisa, todos os participantes declararam não ter ocorrido.

5.2.5.2 Percepção sobre o caso simulado

Os estudantes foram questionados sobre o que acharam de participar do caso simulado intitulado “Aids - 2006: A vacina contra a aids”, e mais da metade (64%) declarou que gostou muito, 27% gostaram e apenas 9% gostaram um pouco. Vale salientar que nenhum estudante disse que não gostou de participar. Comparando a percepção do caso simulado com o grupo que o estudante teve que representar durante a simulação, não houve associação significativa [$\chi^2 = 22,151$; gl = 12; NS].

Quanto ao material informativo sobre aids, que foi entregue aos estudantes no primeiro e no segundo encontro, o correspondente a 58% dos alunos declararam que sabiam menos da metade das informações, e 42%, a maior parte delas.

5.2.5.3 Conhecimento científico

O conhecimento sobre aids medido por meio do Teste de Conhecimento Científico sobre o HIV/aids (TCCHA) demonstrou que no Tempo 1, antes da participação no caso simulado, os estudantes apresentavam uma média de acertos de 15,91 (desvio padrão 2,73), e no Tempo 2, depois do caso simulado, essa média aumentou para 21,30 (desvio padrão 1,69) acertos (ver Figura 17). A diferença de escores entre o Tempo 1 e o Tempo 2 foi estatisticamente significativa [$t = 17,445$; $gl = 99$; $p < 0,0001$], com o tamanho do efeito considerado grande (d de Cohen 3,5). Assim, de acordo com os dados, o caso simulado teve um efeito grande no conhecimento científico dos participantes.

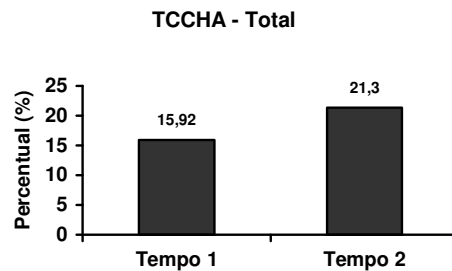


Figura 17. TCCHA em relação ao tempo.

Quanto à análise dos dados em relação aos três subtestes que compõem o teste de conhecimento científico, pode ser visualizado na Figura 18 o escore de acertos dos participantes no TCCHA em relação ao tempo.

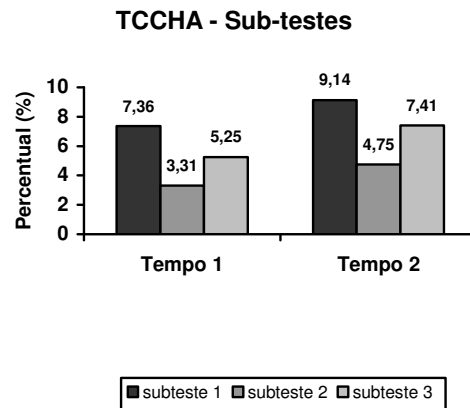


Figura 18. TCCHA por subtestes em relação ao tempo.

No primeiro subteste, que aborda questões sobre o conhecimento do aluno sobre o vírus da aids e sua transmissão, no Tempo 1 os estudantes apresentavam uma média de acertos de 7,36 (desvio padrão 1,44), já em relação ao Tempo 2 essa média passou para 9,14 (desvio padrão 0,91) acertos. Houve diferença significativa entre os Tempos 1 e 2 [$t = 10,309$; $gl = 99$; $p < 0,0001$], com o tamanho do efeito grande (d de Cohen 2,07). A média de acertos dos estudantes em ambos os Tempos superou a nota de corte (7,0) estabelecida para serem considerados bem-informados neste subteste.

No subteste 2, que tinha como objetivo avaliar o conhecimento sobre a ‘infecção pelo HIV e seu tratamento’, os alunos obtiveram no Tempo 1 uma média de acertos de 3,31 (desvio padrão 0,99), passando para 4,75 (desvio padrão 0,86) acertos no Tempo 2. A diferença entre o Tempo 1 e o Tempo 2 foi considerada estatisticamente significativa [$t = 12,633$; $gl = 99$; $p < 0,0001$], com o tamanho do efeito grande (d de Cohen 2,53). Os estudantes no Tempo 1 apresentavam-se abaixo da média (4,0) para serem considerados bem-informados nesse subteste, mas no Tempo 2 o escore superou a nota de corte.

No último subteste, que avaliava o conhecimento relativo à prevenção da aids, os alunos participantes no Tempo 1 apresentaram média de acertos de 5,25 (desvio

padrão 1,19), e no Tempo 2 houve um aumento para 7,41 (desvio padrão 0,90). A diferença entre as médias foi significativa [$t = 14,851$; $gl = 99$; $p < 0,0001$], com o tamanho do efeito grande (d de Cohen 2,98). Quanto ao critério dos especialistas (6,0) para ser considerado bem-informado, os participantes apresentavam-se abaixo dessa média no Tempo 1, mas com relação ao Tempo 2 apresentaram um bom desempenho, superando a nota de corte.

Por fim, se considerarmos as notas de corte dos três subtestes para os estudantes serem considerados cientificamente bem-informados em relação à aids, os dados revelaram que 48,2% dos sujeitos foram considerados “bem-informados” no Tempo 1 e esse índice aumentou para 87,2% no Tempo 2.

5.6 Dimensão Representação Social

5.6.1 Análise prototípica da representação social

Esta análise visa verificar o efeito da participação no caso simulado sobre a estrutura das representações sociais do risco da aids em estudantes do ensino médio. A primeira coleta foi realizada antes (Tempo 1) da participação no caso simulado e a segunda coleta, após o caso (Tempo 2). A Tabela 20 apresenta informações sobre as evocações que os alunos produziram nesses dois momentos.

Tabela 20 - Índices de evocação e Tempo

	Tempo 1	Tempo2
Nº total de palavras analisáveis	389	392
Nº de palavras diferentes	31	30
Média de resposta por participante	4,20	4,22

A Tabela 21 apresenta o quadrante relativo ao cruzamento dos critérios de frequência e à ordem média das evocações no Tempo 1. Foram feitas 389 evocações com 31 palavras diferentes. No caso, a frequência mínima para representação na tabela foi de 5, a frequência intermediária para distinguir elementos com frequência alta e baixa foi de 10, e a ordem média de evocação foi de 2,5. Os resultados obtidos estão distribuídos em uma tabela de quatro quadrantes, em que o eixo horizontal se refere à ordem média de evocação (valores menores para o lado esquerdo e valores maiores para o direito), e o vertical, à frequência de evocação (valores maiores na parte superior e menores na inferior). Desta forma, o quadrante superior esquerdo teve como conteúdo as evocações de maior frequência e as mais prontamente enunciadas, ou seja, ali se encontram os possíveis elementos núcleo central. Os elementos do quadrante superior direito e inferior esquerdo ocupam uma posição intermediária, visto que tratam de cognições as quais, apesar de não estarem compondo o núcleo central, mantêm uma relação de proximidade com o núcleo (Scano, Junique & Vergès, 2002). Os elementos do quadrante inferior direito compõem o sistema periférico da representação.

Conforme a Tabela 21, antes do caso simulado, Tempo 1, no primeiro quadrante (quadrante superior esquerdo, combinando elementos com ordem média de evocação baixa – evocados prontamente – com frequência alta) destacam-se os elementos: *sexo*, *doença* e *preservativo*. Trata-se dos elementos com possibilidade de serem centrais por ter frequência elevada em relação aos outros quadrantes e a mais baixa ordem média de evocação, indicando que logo foi lembrado pelos participantes. A representação está relacionada com a doença que pode ser gerada da relação sexual sem o uso do preservativo.

Os elementos *morte, prevenção, drogas, vírus, sangue e preconceito* fazem parte do quadrante superior direito (elementos periféricos). Esses elementos remetem às conseqüências que podem ser causadas pela doença, levando o portador do vírus HIV à morte e à discriminação em face do preconceito sofrido. Há elementos, também, com características predominantemente negativas, como o medo diante da doença, o perigo de contaminação e os problemas que a aids pode causar na vida das pessoas. A única contraparte positiva é a prevenção, como a única forma de amenizar os riscos diante da doença.

A Tabela 22 apresenta a análise prototípica do Tempo 2. Foram feitas 392 palavras analisáveis com 42 palavras diferentes, e a frequência mínima para representação na tabela foi de 5, a frequência intermediária para distinguir elementos com frequência alta e baixa foi de 10, e a ordem média de evocação foi de 2,5. Em termos estruturais, os resultados são um pouco diferentes do Tempo 1. O primeiro quadrante no Tempo 2, isto é, depois da participação do caso simulado, é composto pelos elementos: *prevenção, sexo e África*. A palavra *doença* é a única que permanece no primeiro quadrante, e os dois outros elementos diferem daqueles pertencentes ao primeiro quadrante do Tempo 1. Pode-se observar que antes os estudantes relacionavam o risco da aids predominantemente ao sexo, em decorrência do elemento preservativo, mas depois da participação no caso simulado, os jovens passaram a relacionar o risco à prevenção mais ampla, tanto para a não contaminação pelo vírus HIV como para a prevenção de doenças causadas pela aids, mediante formas de tratamentos e vacinas. O elemento *África*, que fazia parte da periferia próxima, aparece no segundo momento no primeiro quadrante. Pode-se supor que esse elemento surgiu com mais força em conseqüência do caso simulado que tratava de uma controvérsia que se passa no

referido continente. As palavras *sexo e preservativo*, que apareciam no Tempo 1 no primeiro quadrante, passam para o segundo quadrante no Tempo 2. Isso pode indicar que os estudantes passaram a não relacionar o risco da aids, exclusivamente, com o sexo e o preservativo.

O sistema periférico desse grupo é constituído pelos elementos *sexo, morte, preservativo, preconceito, vacina, vírus, educação, tratamento e drogas*. Esses elementos associam o risco ora à morte e ao uso de drogas e ora à prevenção e ao tratamento. Nota-se uma visão dualista do risco com aspectos negativos (morte) e positivos (prevenção).

Tabela 21 - Estrutura das representações sociais de risco da aids Tempo 1 - CS

OME < 2,5			OME > 2,5		
Elemento	<i>f</i>	OME	Elemento	<i>f</i>	OME
sexo	50	2,380	morte	50	3,240
doença	47	2,191	prevenção	22	3,227
<i>f</i> ≥ 10 preservativo	42	2,429	drogas	18	3,333
			vírus	17	2,706
			sangue	16	3,313
			preconceito	15	2,933
contaminação	9	2,111	medo	9	4,000
dst	4	1,500	cuidado	8	3,125
<i>f</i> < 10 irresponsabilidade	4	2,00	Falta de informação	6	3,333
			perigo	6	4,000
			problema	6	3,667
			riscos	5	4,200
			proteção	5	3,200

Tabela 22 - Estrutura das representações sociais de risco da aids Tempo 2 - CS

OME < 2,5			OME > 2,5		
Elemento	<i>F</i>	OME	Elemento	<i>f</i>	OME
prevenção	44	2,182	sexo	49	3,00
doença	39	2,182	morte	45	2,756
África	12	1,917	preservativo	27	2,593
<i>f</i> ≥ 10			preconceito	18	3,278
			vacina	13	2,538
			vírus	13	2,538
			sangue	16	3,313
			tratamento	10	3,000
			drogas	10	3,000
			sangue	9	2,556
			contaminação	8	3,250
			Falta de informação	7	3,857
			cura	7	3,571
			cuidado	7	3,429
			irresponsabilidade	6	4,000
<i>f</i> < 10			HIV	6	3,833
			crianças	6	3,000
			África	6	2,833
			risco	6	2,500
			problema	5	4,600
			conscientização	5	4,000
			imunidade	5	3,800
			sofrimento	5	3,800

É importante destacar que quase todas as palavras do segundo quadrante do Tempo 1 permaneceram no segundo quadrante no Tempo 2, exceto a palavra *sangue*, que passa a fazer parte da periferia baixa (quarto quadrante). Porém, percebe-se no sistema periférico, o surgimento de algumas palavras que não apareciam na estrutura desse grupo no Tempo 1 e que fazem referência ao conteúdo do caso simulado: *tratamento* e *vacina* (no segundo quadrante), *cura*, *crianças*, *conscientização*, *sofrimento* e *imunidade* (no quarto quadrante).

E para verificar a conexidade dos principais elementos encontrados no EVOC antes e após a controvérsia, foi realizada uma análise de similitude com o intuito apenas de demonstrar a relação entre os elementos. A Figura 19 apresenta o gráfico do antes da condição experimental, e a Figura 20, após a condição experimental.

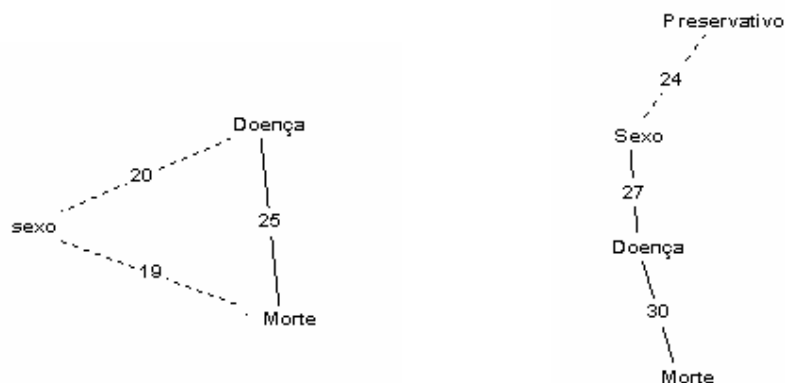


Figura 19. Gráfico do Tempo 1 – Filtro 19.

Figura 20. Gráfico do Tempo 2 – Filtro 19.

Pode-se evidenciar a força dos elementos *sexo*, *doença*, *morte*, antes da condição experimental, mas após, existe uma conexidade entres os elementos *preservativo*, *sexo*, *doença* e *morte*. O elemento *morte* aparece aqui com forte conexidade com os elementos *doença* e *sexo*, o que traz um novo elemento para essa representação.

Assim sendo, com os dados da análise prototípica e de similitude, há indicações dos efeitos do caso simulado na estrutura das representações sociais dos estudantes.

Nesse sentido, justificam-se análises de resultados mais aprofundadas para caracterizar com maior precisão os efeitos encontrados. A análise de similitude foi útil para descrever os dados de modo global e fornecer indícios da relação entre os elementos e do efeito do caso nas representações sociais. Contudo, a análise fatorial de correspondências permitirá verificar associações entre ocorrências de elementos (palavras) e a variável tempo, e, com isso, complementar os resultados obtidos nesta seção.

5.6.2 Análise Fatorial de Correspondências

A análise fatorial de correspondências foi baseada em uma tabela lexical com as palavras evocadas como linhas e as modalidades (Tempo 1, Tempo 2, TCCH aprovado e TCCH reprovado) como colunas (54 X 4). O Φ^2 total da análise foi de 0,0903, sendo extraídos dois fatores, que explicaram 100% da proporção inércia e serão explorados separadamente a seguir.

Para verificar a contribuição das variáveis em cada fator, foi dividido o valor 100 pelo número de modalidades das variáveis e chegou-se a 25, que é a contribuição por fator de cada modalidade. Foram consideradas como integrantes de um fator as modalidades com contribuições superiores a essa média. Do mesmo modo, dividiu-se 100 pela quantidade de palavras evocadas e chegou-se a 1,90, sendo considerados como integrantes de um fator os elementos com contribuição para um fator superior a 2,0 (critério de corte arbitrário).

A Tabela 23 apresenta os resultados da análise relativos às modalidades das variáveis ativas. Observa-se que houve uma divisão das modalidades entre os fatores. O primeiro fator, responsável por 70,20% da inércia, é caracterizado pelas modalidades da variável Tempo, e ambas são explicadas neste fator, devido ao valor Cosseno quadrado

(0,89). O segundo fator, que corresponde a 29,80 % da proporção da inércia, tem contribuições das modalidades aprovado ou reprovado no conhecimento científico sobre o HIV/aids.

Tabela 23 - Resultados da análise fatorial de correspondência referentes às modalidades das variáveis ativas

Modalidade	P. rel.	D0	Coord.	Fator 1		Fator 2		
				CPF	Cos ²	Coord.	CPF	Cos ²
Tempo 1	24,62	0,11	0,32	39,3	0,89	-0,11	11,4	0,11
Tempo 2	25,38	0,11	-0,31	38,2	0,89	0,11	11,1	0,11
TCCHA – A	35,72	0,03	0,11	6,4	0,41	0,13	25,1	0,59
TCCHA – R	14,28	0,18	-0,27	16,1	0,41	-0,32	55,4	0,59

A Tabela 24 apresenta as coordenadas e cossenos quadrados das variáveis ilustrativas: sexo dos participantes, namoro, experiência sexual, uso do preservativo e atitude. Pode-se observar que elas são pouco explicadas pelos fatores, já que seus cossenos quadrados são muito baixos (nenhum maior que 0,16). No que diz respeito ao primeiro fator, indivíduos do sexo masculino estão mais próximos do pólo Tempo 2; e estudantes do sexo feminino estão mais próximos do pólo Tempo 1. A respeito do segundo fator, os indivíduos, sentindo-se com menos risco que os brasileiros, estão posicionados próximos ao pólo TCCHA reprovado. E os indivíduos que se sentem com mais risco em relação aos amigos estão mais próximos ao pólo TCCHA aprovado. Como as variáveis ilustrativas não participam do cálculo e aparentam ser pouco representativas nos fatores, optou-se por incluir apenas as variáveis mais significativas na representação gráfica da análise fatorial de correspondências.

Tabela 24 - Coordenadas e Cossenos quadrados das variáveis ilustrativas

Modalidade	P. rel.	Dist. 0	Fator 1		Fator 2	
			Coord.	Cos ²	Coord.	Cos ²
Masculino	29,61	0,06	-0,05	0,05	-0,07	0,08
Feminino	20,39	0,13	0,08	0,05	0,10	0,08
Idade 15	1,00	2,11	0,57	0,15	-0,18	0,01
Idade 16	12,69	0,27	0,18	0,12	0,13	0,06
Idade 17	30,43	0,07	-0,10	0,16	-0,01	0,00
Idade 18	4,88	0,56	0,08	0,01	-0,12	0,02
Idade 19	1,00	6,50	-0,12	0,00	-0,72	0,08
Muito – risco B	17,92	0,12	-0,04	0,02	0,13	0,14
Menos risco B	22,21	0,07	0,03	0,02	-0,09	0,13
Mais risco B	7,52	0,37	0,11	0,03	-0,05	0,01
Muito + risco B	20,5	1,94	-0,32	0,05	0,03	0,00
Muito – risco A	15,10	0,13	-0,09	0,06	-0,01	0,00
Menos risco A	28,20	0,04	0,05	0,06	0,00	0,00
Mais risco A	5,64	0,52	0,03	0,00	-0,03	0,00
Muito + risco A	1,06	3,58	-0,26	0,02	0,34	0,03
Namorando	16,45	0,17	-0,01	0,00	-0,03	0,01
Sem namorado	33,55	0,04	0,01	0,00	0,02	0,01
Experiência sexual	22,86	0,10	0,02	0,00	-0,05	0,02
Sem exp. sexual	27,14	0,07	-0,02	0,00	0,04	0,02
Usou preservativo	10,10	0,14	0,02	0,00	-0,04	0,01
Não usou preservativo	2,29	1,38	-0,07	0,00	-0,04	0,00
Atitude positiva	48,18	0,00	-0,01	0,03	0,00	0,00
Atitude negativa	1,82	2,12	0,25	0,03	0,07	0,00

Fator 1: Políticas Públicas X Condutas de Risco

O primeiro fator opõe políticas públicas e condutas de risco frente ao risco da aids. Trata-se da contraposição mais marcante dos dados, pois explica sozinho 70,20 % da proporção da inércia, com autovalor 0,0634. No aspecto de políticas públicas, que está associado às palavras evocadas no Tempo 2, o risco frente à aids é representado como uma estratégia preventiva, realizada por meio de ações governamentais no combate à doença. Os elementos mais marcantes são: *vacina, educação, prevenção, amor, cura, tratamento, ignorância, crianças, coquetel e sofrimento*. Quanto às

condutas de risco, associadas às palavras evocadas no Tempo 1, são consideradas como uma falta de cuidado, principalmente nas relações sexuais, no uso de drogas ligadas às relações sexuais homossexuais e na prostituição, ou seja, é um comportamento que gera sofrimento e dor aos indivíduos que se arriscam em relações sexuais sem o uso do preservativo ou com o uso de drogas, como pode ser visualizado na Tabela 25.

Tabela 25 - Análise de correspondências do fator 1 (baseada em tabela palavras X modalidades)

Primeiro Fator	Políticas Públicas				Condutas de Risco			
	Modalidade	Coord.	Cont. Absoluta	Cos ²	Modalidade	Coord.	Cont. Absoluta	Cos ²
Autovalor = 0,0634	Depois do CS	- 0,31	38,2	0,89	Antes do CS	0,32	39,3	0,89
Inércia = 70,20%	Elementos	Coord.	Porc. Absoluta	Porc. Relativa	Elementos	Coord.	Porc. Absoluta	Porc. Relativa
	vacina	- 0,63	9,6	0,82	relação-sexual	0,67	5,8	0,95
	educação	- 0,63	8,0	1,00	dor	0,84	5,3	1,00
	prevenção	- 0,24	7,3	0,99	precaução	0,84	5,3	1,00
	amor	- 0,90	4,5	0,95	drogas	0,29	4,5	0,90
	cura	- 0,52	4,1	0,95	sangue	0,31	4,4	0,85
	tratamento	- 0,36	3,4	0,97	preservativo	0,15	3,0	0,85
	ignorância	- 0,60	3,3	0,86	gay	0,53	2,1	0,85
	crianças	- 0,52	3,1	0,53	sem-cura	0,53	2,1	0,85
	coquetel	- 0,65	2,3	0,86	prostituição	0,53	2,1	0,85
	sofrimento	- 0,44	2,2	0,89	fraqueza	0,43	2,0	0,71

Com base nos dados, os indivíduos antes de participar da simulação tinham uma representação do risco relacionado ao comportamento individual, principalmente ao sexo sem proteção e ao uso de drogas. Após a simulação, houve uma mudança nessa representação, em que os participantes enfocam elementos ligados a uma ação preventiva mais ampla, principalmente voltada à educação. O sentimento de amor e a busca por formas de tratamento para erradicar a doença aparecem de forma marcante no segundo momento.

Fator 2: Formas de Proteção X Dados Epidemiológicos

O segundo fator é responsável por 28,80% da proporção da inércia e opõe dois pólos: formas de proteção e dados epidemiológicos. O pólo formas de proteção, associado aos participantes reprovados no TCCHA, agrupou elementos relacionados à responsabilidade dos indivíduos em se proteger contra o vírus HIV. Em relação ao pólo dados epidemiológicos, que está associado aos participantes que foram aprovados no TCCHA, e organiza elementos que remetem a categorias de exposição ao vírus da aids e a condições socioeconômicas, principalmente de países subdesenvolvidos, que tornam grande parcela da população vulneráveis aos riscos de contaminação pelo vírus HIV. Os dados podem ser visualizados na Tabela 26.

Tabela 26 - Análise de correspondências do fator 2 (baseada em tabela palavras X modalidades)

Segundo Fator	Formas de proteção				Dados Epidemiológicos			
	Modalidade	Coord.	Cont. Absoluta	Cos ²	Modalidade	Coord.	Cont. Absoluta	Cos ²
Autovalor = 0,0269	TCCHA - Reprovado	- 0,32	55,4	0,59	TCCHA - Aprovado	0,13	22,1	0,59
Inércia = 29,80%	Elementos	Coord.	Porc. Absoluta	Porc. Relativa	Elementos	Coord.	Porc. Absoluta	Porc. Relativa
	perigo	- 0,49	9,4	1,0	imunidade	0,53	8,7	0,9
	proteção	- 0,38	5,2	1,0	saúde	0,72	6,9	0,77
	HIV	- 0,23	2,4	0,42	pobreza	0,5	6,6	1,00
	responsabilidade	- 0,42	2,3	0,43	crianças	0,49	6,4	0,47
	descuido	- 0,25	1,9	1,0	África	0,27	5,8	0,86
	infecção	- 0,25	1,9	1,0	viagem	0,56	5,4	0,97
					vacina	0,30	5,1	0,18
					fraqueza	0,28	2,0	0,29

A Figura 21 mostra a representação gráfica dos dois primeiros fatores no plano cartesiano. A interação dos fatores 1 e 2 permite observar algumas similaridades entre eles, as quais implicam a proximidade de significados comuns, de variáveis ativas e variáveis ilustrativas. As palavras sublinhadas contribuem para o Fator 1, que trata do efeito da variável Tempo (antes e após a simulação), enquanto que os elementos em

itálico contribuem para o Fator 2 vinculado ao efeito do teste de conhecimento científico (TCCHA). Elementos sublinhados e em itálico contribuem para os dois fatores, que são somente dois: crianças e fraqueza.

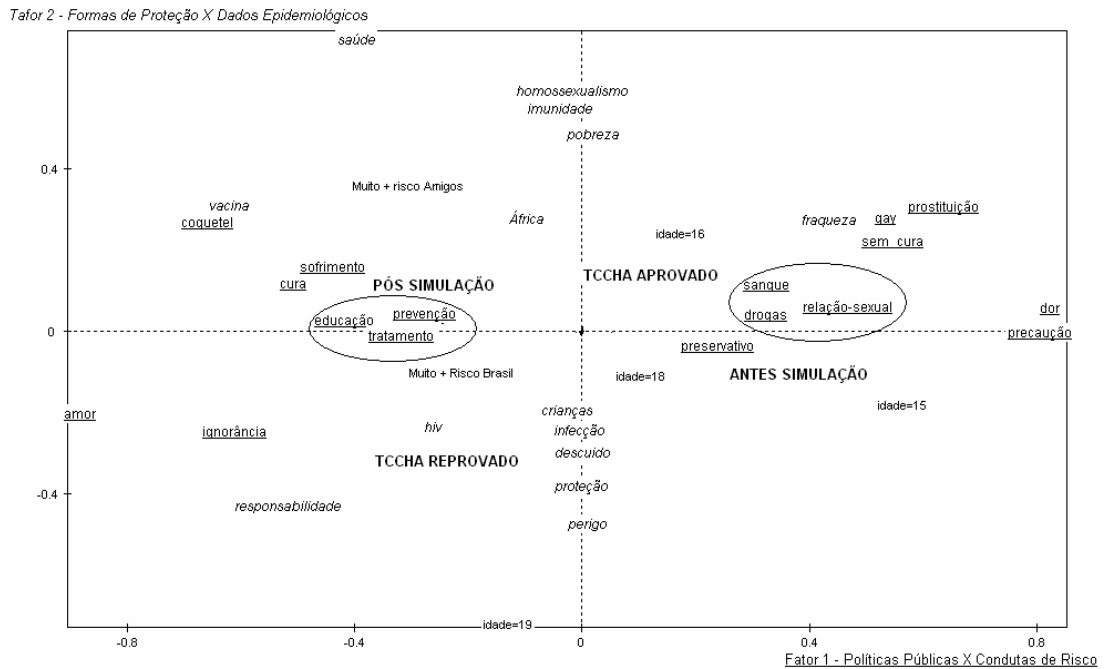


Figura 21. Representação gráfica dos primeiros dois fatores da análise de correspondências palavras X elementos.

Pode-se observar na Figura 21, do lado direito, os elementos que tratam de condutas de risco, como o uso de drogas, contato com o sangue e relações sexuais, estão muito próximos no plano, indicando que eles foram mencionados pelas mesmas pessoas, entre 15 e 18 anos, antes de participarem da simulação. Do lado esquerdo da Figura se observa um bloco de elementos ligados às políticas públicas, tais como a educação, tratamento e estratégias preventivas, que se mostram em conjunção com os participantes que se sentiram com muito mais risco em relação aos brasileiros e aos amigos após o caso simulado.

Desta forma, há um estreitamento dos resultados da análise prototípica. Existe uma confirmação de que o caso simulado tem influência nos elementos *tratamento*, *prevenção*, e *educação*. O elemento *doença*, que aparecia na análise prototípica e na análise de similitude, não está presente na análise fatorial. Apesar de não terem sido identificados na análise prototípica, outros elementos importantes foram apontados pela análise fatorial de correspondência como associados à modalidade Tempo 2 (após o caso simulado): *amor*, *cura*, *ignorância* e *sofrimento*.

O Quadro 4 apresenta uma síntese dos resultados da análise prototípica e da análise fatorial de correspondências. Estão nele enumerados os elementos suscetíveis à influência do caso simulado no Tempo 2.

	Análise prototípica	Análise fatorial
Ativados pelo caso simulado	Prevenção Doença	Educação Prevenção Tratamento

Quadro 4 - Elementos da representação social de estudantes sobre o risco da aids que sofrem influência da variável Tempo

Portanto, pode ser visualizado o efeito desta condição experimental nas representações sociais dos estudantes do ensino médio. Logo, os elementos *prevenção*, *doença*, *educação* e *tratamento* são ativados pelo caso simulado, fazendo com que o risco da aids seja representado pelos estudantes como causador de uma doença, mas que pode ser combatida por meio da prevenção, de estratégias educativas e com o tratamento para os portadores do vírus HIV e doentes de aids.

6. DISCUSSÃO

A presente pesquisa visou investigar a influência de dois estudos sobre o HIV/aids nas atitudes, no conhecimento científico e nas representações sociais de estudantes do ensino médio. O primeiro estudo tratou da recepção de um vídeo informativo (recepção ativa e recepção passiva), e o segundo, de um caso simulado envolvendo uma controvérsia científica.

Para fins de organização, os resultados serão discutidos e apresentados em quatro partes. A primeira será sobre o estudo da recepção de vídeo informativo, a segunda, sobre o caso simulado. Na seqüência, será realizada uma análise traçando um paralelo entre os dois estudos, considerando, assim, as principais diferenças e similaridades encontradas. E, por último, serão apresentados os resultados globais da representação social dos estudantes sobre o risco da aids.

6.1 Receptor Ativo X Receptor Passivo

O grupo “vídeo com discussão” será chamado de condição experimental receptor ativo, e o grupo “vídeo sem discussão”, de condição experimental receptor passivo, de acordo com a definição de Orozco-Gómez (2002) e Martín-Barbero (1995). Em termos de organização, a discussão desta parte será apresentada por dimensões: percepção de risco, afetiva e sexual, atitudinal, conhecimento e representação social.

A primeira dimensão abordada se refere à percepção de risco dos estudantes em relação à contaminação pelo vírus HIV. Um primeiro fator a ser destacado, com base nos resultados, é que os adolescentes passaram a se sentir com mais risco depois das condições experimentais, tanto em relação aos brasileiros quanto aos seus amigos e

conhecidos, entretanto não houve evidência de que uma condição experimental de recepção ativa ou de recepção passiva pudesse influenciar no aumento da percepção de risco.

Muito embora essa percepção de risco tenha tido um aumento após a visualização do vídeo, os adolescentes ainda se mantiveram com sentimento de menos risco em relação aos brasileiros e aos amigos e conhecidos, portanto, existe por parte da população estudada uma subestimação do risco de infecção. Isto evidencia a necessidade de um aprofundamento nas questões sobre percepção de risco em pesquisas futuras, pois como destacam Terrade e Meyer (2003), se o indivíduo se posiciona mais a favor ou contra o conhecimento sobre o seu próprio risco, esse posicionamento vai determinar a maneira como ele vai responder a mensagens sobre saúde.

Um segundo fator encontrado nesta dimensão, diz respeito à questão aberta sobre o risco de contaminação ser maior na adolescência, respondida apenas pelos estudantes que participaram da condição experimental recepção ativa. A resposta foi concordante para a maioria dos adolescentes e apenas um pequeno número não concordou com esta questão. Dentre os principais motivos atribuídos pelos estudantes estão: a invulnerabilidade, o uso de drogas e a busca pelo prazer. O sentimento de invulnerabilidade descrito pelos jovens corrobora estudos realizados nessa faixa etária adolescente (Cicognani, Zani & Albanesi, 2003). A referência ao uso de drogas denota atenção, já que esse interdito parece estar presente no cotidiano dos estudantes, o que confirma de forma reiterada a influência desse fator nas altas taxas de contaminação na adolescência (Ministério da Saúde, 2006). A “busca do prazer”, descrita pelos estudantes, é justificada pela forma descontrolada de agir, e para explicar esta possível “falta de controle”, as justificativas estão apoiadas na irresponsabilidade e na imaturidade inerente a essa fase de descobertas do corpo e da sexualidade.

A partir desses dois primeiros itens discutidos, percebe-se que existe uma diferença entre a percepção individual e a percepção grupal a respeito do risco de contaminação pelo vírus HIV. Os estudantes quando questionados sobre sua percepção individual de risco diante de amigos, atribuíram como pequena, mas quando o grupo se reuniu na condição experimental de recepção ativa, eles passaram a atribuir um risco maior a eles próprios, afirmando que possuíam mais risco de contaminação pelo vírus HIV que as outras faixas etárias. Isto pode ser explicado pela identidade social (Tajfel, 1983), já que um grupo (ou grupos) social, juntamente com o significado emocional dessa pertença, determina o autoconceito do indivíduo dentro do grupo. Para esta pesquisa, as características de imaturidade e de irresponsabilidade descritas pelos estudantes são fatores que estão presentes na adolescência, por esse motivo, se pode inferir que o risco é intensificado.

Quanto à segunda dimensão, referente à afetividade e sexualidade dos estudantes, o primeiro dado que pode ser destacado é o uso de preservativo na maioria das relações sexuais. O preservativo se apresentou para a grande maioria dos estudantes como estratégia preventiva para enfrentar os perigos que o fenômeno da aids representa. Sabe-se que a única forma eficaz de prevenção contra a aids é a utilização do preservativo em todas as relações sexuais (Albarracín, Jonhson, Fishbein & Muelleririle, 2001; Antunes, Peres, Paiva, Stall & Hearst, 2002; Cecil & Zimet, 1998); entretanto, um fato novo declarado pelos estudantes foi o uso do preservativo na situação de namoro. Isso pode evidenciar uma mudança no comportamento, pois estudos demonstraram que a intimidade, os sentimentos românticos e a confiança no parceiro, na situação de namoro, diminuem a preocupação frente à aids e, conseqüentemente, diminuem o uso do preservativo (Apter, Cacciatore e Hermanson, 2004; Bertoldo & Barbará, 2006; Camargo & Bertoldo, 2007; Costa & Lima, 1998;

Jiménez, Gotlieb, Hardy & Zaneveld, 2001; Lima, 1998; Rua & Abramovay, 2001). No caso desta pesquisa, os dados evidenciaram, ao contrário, que o namoro não foi um fator de vulnerabilidade diante da doença.

O indício de mudança de comportamento preventivo indica a necessidade de mais pesquisas, já que um estudo parcialmente similar realizado na mesma região metropolitana desta pesquisa, com a mesma faixa etária, por Camargo, Giacomozzi, Wachelke e Aguiar (2007), verificou que o namoro era um fator de vulnerabilidade dos estudantes do ensino médio. Um indicador dessa diferença encontrada pode ser o nível socioeconômico dos estudantes, uma vez que o estudo citado foi realizado na periferia (Camargo & cols., 2007), e este, no centro urbano (estudo atual). Mas a mudança identificada não pode ser generalizada, pois parece depender do nível sociocultural e econômico dos estudantes, e necessita de mais pesquisas na área.

Na dimensão atitude, o objeto de estudo foi o uso do preservativo nas relações sexuais. Nas condições experimentais de recepção ativa e recepção passiva não houve influência nas atitudes, ou seja, os estudantes já eram favoráveis e permaneceram assim após os experimentos. Mesmo que as atitudes diante do uso do preservativo não tenham tido um aumento, tal fator não pode ser considerado negativo, ao contrário, pode-se ainda inferir que houve um fortalecimento das atitudes diante do uso do preservativo. Há autores, como Rodrigues, Assmar e Jablonski (1999), que apontam a comunicação como um meio de fortalecer atitudes e modelos de conduta, uma vez que dissemina informação e valores. Além disso, pesquisas anteriores, também voltadas para adolescentes (Camargo & cols., no prelo), detectaram que o uso de vídeo com abordagem científica ou popularizada diminuiu a tendência favorável dos estudantes diante o uso do preservativo. Tais autores argumentaram que estes recursos produzem

medo e, conseqüentemente, uma reação de negação do risco percebido da relação sexual desprotegida, fato que não ocorreu aqui.

Com relação à dimensão conhecimento científico sobre o HIV/aids, na condição experimental recepção ativa, houve um aumento significativo do conhecimento, tanto no teste como nos subtestes. Em relação à condição experimental passiva, também não pode ser descartado que houve um aumento no conhecimento, embora não tão expressivo como na condição experimental recepção ativa, como pôde ser visualizado na descrição dos resultados. A participação dos estudantes de uma discussão em grupo após a visualização do vídeo foi um elemento central na apreensão dos conteúdos. Para Nascimento-Schulze (2000), o conhecimento está relacionado a experiências interativas, de forma a desafiar o receptor, motivando-o a chegar às suas próprias respostas, usando a capacidade interpretativa e representativa. Nesta pesquisa, a condição experimental de recepção ativa possibilitou que os estudantes pudessem interpretar e elaborar o conhecimento de uma forma mais efetiva, porque os resultados indicaram que tanto a curto prazo quanto a médio prazo houve um aumento no conhecimento científico.

Em virtude desses resultados, parece necessário destacar o estudo de Camargo, Barbará e Bertoldo (no prelo) sobre a influência de vídeos informativos no conhecimento sobre o HIV/Aids de estudantes do ensino médio. Os autores pesquisaram dois filmes diferentes: um apresentava uma abordagem mais científica (Série Educação Sexual, 1995) e outro, em contrapartida, mais popularizada (Amor, Vida. Viva!, 1990), utilizando o mesmo instrumento de medida desta pesquisa (Teste de Conhecimento Científico - TCCHA).

E para destacar as diferenças dos resultados encontrados entre o estudo de Camargo e cols. e este estudo de recepção de vídeo informativo, serão considerados apenas os escores entre a primeira e a segunda medida do TCCHA. No estudo de

Camargo e cols. (no prelo) os estudantes que visualizaram o vídeo científico tiveram um aumento do nível de conhecimento científico em relação à primeira medida do TCCHA de 1,25, mas em relação ao vídeo popularizado o aumento no escore foi de 0,2. Nesta pesquisa os estudantes que participaram da visualização do vídeo com recepção ativa tiveram um aumento em relação à primeira medida de 4,22 e no vídeo com recepção passiva foi de 1,32.

Ao considerar, exclusivamente, a diferença das médias entre os estudos, pode-se comprovar a importância da interatividade na condição experimental recepção ativa para o aumento do conhecimento. Cabe esclarecer que o vídeo produzido pelos estudantes é semelhante ao vídeo científico utilizado na pesquisa de Camargo e cols. (no prelo), pois também enfoca na mesma proporção conteúdos científicos apresentados por especialistas da área de saúde (epidemiologistas e infectologistas), bem como histórias de pessoas que vivem e convivem com o HIV/Aids.

Foi possível concluir que o vídeo se apresenta nesta pesquisa como um importante meio de divulgação do conhecimento científico sobre o HIV/aids, que poderia ser utilizado com mais frequência por estudiosos da comunicação de massa. Além disso, Camargo e Barbará (2004) ressaltam que o filme é uma das mídias preferidas dos adolescentes. Hovland já destacava, em 1954, que o filme é um meio particularmente poderoso de divulgação de informações, pois utiliza tanto recursos visuais como auditivos, facilitando, assim, a apreensão dos conteúdos.

Contudo, Camargo e cols. (no prelo) alertam que um dos grandes desafios é selecionar um vídeo informativo adequado e atual para realizar trabalhos preventivos, bem como para realizar estudos sobre influência de vídeo. Para os autores, vídeos pedagógicos devem divulgar informações preventivas em uma linguagem clara e

acessível aos estudantes, sem um apelo exagerado ao sofrimento dos portadores do vírus HIV e aos doentes de aids.

O paradigma hegemônico usado pelos profissionais de saúde na prevenção da aids tem como base o modelo de “crenças relativas à saúde” (*health belief model*, de Becker). Morin e Vergès (1992) afirmam que as primeiras campanhas de prevenção foram orientadas por esse paradigma, de apelo ao saber e à razão, que esperavam a generalização do uso do preservativo. Entretanto, percebeu-se uma resistência à mudança por parte dos adolescentes, o que exigiu uma reformulação da abordagem teórica do fenômeno, tendo em vista a sua complexidade. A partir desta reformulação, com o auxílio da teoria das representações sociais, compreendeu-se que não era possível formular uma estratégia preventiva que não levasse em conta os diversos processos de construção de conhecimento, dentre os quais figura o conhecimento médico. Por essa razão, estudos como este, com a utilização de vídeo informativo com conteúdos científicos, atrelado a uma linguagem condizente com a faixa etária adolescente, demonstraram ser um meio eficaz de divulgação científica.

Uma das variáveis que fez parte da análise de todas as dimensões descritas até o momento (percepção de risco, afetiva e sexual, atitudinal e conhecimento) foi o prazo da segunda coleta, curto prazo (7 dias) e médio prazo (14 dias). Os resultados evidenciaram que essa variável não apresentou influência significativa na grande maioria dos itens que foram mensurados, tanto na condição experimental recepção ativa quanto na recepção passiva. Pode-se afirmar apenas que essa variável teve influência no conhecimento científico dos estudantes, entretanto o tamanho do efeito foi considerado pequeno (utilizando como critério o *d de cohen*), o que não pode ser determinado como significativo. Sendo assim, o chamado “efeito letárgico”, descrito por Maletzke (1976), no qual os efeitos de uma mensagem são relativamente pequenos em um intervalo

mínimo de dias a sua recepção, mas passam a se intensificar a longo prazo, não foi encontrado neste estudo.

Por último, na dimensão representação social, serão discutidas as principais influências das condições experimentais recepção ativa e recepção passiva nas representações sociais do risco referente à aids.

Na condição experimental recepção ativa, Tempo 1, baseada na análise prototípica, os principais elementos que faziam parte do possível núcleo central das representações sociais do risco da aids eram: o *sexo*, a *doença* e o *medo*. No sistema periférico estavam presentes elementos que ligavam o risco da aids à prevenção (preservativo e informação), às conseqüências da doença (morte e discriminação), bem como às formas de contaminação (drogas, sangue e vírus).

Num segundo momento, Tempo 2, o elemento *sexo* aparece como elemento principal do provável núcleo central da representação do risco, e novos elementos são incluídos na chamada “periferia próxima” como a *responsabilidade*, o *coquetel*, o *cuidado*, o *sangue*, a *falta de informação* e a *consciência*. Esses novos elementos, em conjunto com os elementos que já faziam parte dessa periferia, passam a organizar a representação voltada, principalmente, para a prevenção e as conseqüências da doença. Após a condição experimental recepção ativa, a centralidade do elemento *sexo*, também, é confirmada na análise de similitude, pois aparece organizando os elementos *doença*, *preservativo* e *prevenção*; e na análise de correspondências o *sexo* aparece próximo aos elementos *prevenção* e *tratamento*.

Quanto à condição experimental recepção passiva, no Tempo 1, os principais elementos que faziam parte do possível núcleo central das representações sociais do risco da aids foram: o *sexo*, a *doença* e as *Dsts*. No sistema periférico estavam presentes os mesmos elementos da condição experimental condição ativa, exceto com a

introdução de elementos que remetem a “grupos de risco”, como o homossexualismo e a prostituição. Essa representação aparece relacionada com as primeiras representações da aids sobre os “grupos de risco” (Herzlich & Pierret, 1988; Jodelet, 2001; Joffe, 1994; Joffe, 1995; Naiff, 1999; Paiva, 1992).

Num segundo momento, Tempo 2, o *sexo* aparece como principal do possível elemento do núcleo central da representação do risco, e também novos elementos são incluídos na chamada “periferia próxima” como a *responsabilidade*, a *tristeza*, o *descuido* e o *medo*. Esses novos elementos são predominantemente negativos, o que pode suscitar que não participar de uma discussão em grupo tenha gerado este efeito.

A centralidade do elemento *sexo* aparece também na análise de similitude, no Tempo 1, organizando os elementos *drogas*, *morte*, *preservativo* e *doença*, e no Tempo 2, os elementos *drogas*, *preservativo* e *doença*. Com relação à análise de correspondências, tanto no Tempo 1 quanto no Tempo 2, o *sexo* aparece relacionado aos elementos *drogas*, *descuido*.

Em suma, a condição experimental recepção ativa fez com que novos elementos relacionados à prevenção fossem introduzidos no sistema periférico. A condição experimental recepção passiva introduziu elementos ligados ao sentimento de responsabilidade do próprio sujeito em relação ao risco, ao medo da contaminação pelo vírus HIV e à tristeza de pessoas que vivem e convivem com o HIV/aids.

Para Flament (2001), os elementos periféricos podem ser considerados como prescritores de comportamentos, indicando ao sujeito como agir em um determinado contexto. Para este estudo sobre recepção de vídeo informativo essa concepção é muito importante, principalmente para a condição experimental ativa que possibilitou que elementos ligados à prevenção fossem incorporados ao sistema periférico, o que pode influenciar nas condutas preventivas dos estudantes.

Pode-se concluir que não houve uma mudança no provável núcleo central da representação social dos adolescentes em relação ao risco da aids, tanto na condição experimental recepção ativa quanto na recepção passiva, mas sim uma ativação do elemento *sexo*, que já existia antes do experimento, havendo uma inclusão de novos elementos no sistema periférico.

Para Abric (2003b) existem três formas distintas de transformação da representação: progressiva, resistente e brutal. Segundo o autor, na transformação progressiva, as práticas novas não são completamente contraditórias com o núcleo central. Na transformação resistente funcionam mecanismos de defesa que impedem a mudança do núcleo central, e na transformação brutal, a modificação das circunstâncias ataca diretamente o significado central da representação. No caso deste estudo não houve uma ruptura do núcleo central, mas uma integração de novos elementos no sistema periférico, o que indica que pode estar havendo uma transformação progressiva da representação. Vale destacar que não se pode esperar que apenas um experimento pontual possa gerar uma transformação brutal na representação social, já que a representação da aids vem sendo construída há mais de duas décadas.

Para finalizar, para a discussão sobre a representação social é necessário fazer algumas considerações sobre o prazo (curto prazo e médio prazo) da segunda coleta. Apesar de essa variável ter sido desconsiderada na análise prototípica, foi considerada como variável ativa na análise fatorial de correspondências. Com base na Figura 14 (p. 149), que descreve no plano fatorial a relação entre as variáveis grupo e tempo, pode-se verificar que não existe diferença em relação aos principais elementos encontrados na análise prototípica. Para este estudo, a variável prazo não interferiu na representação social sobre o risco da aids para estudantes do ensino médio.

6.2 Caso Simulado

Os principais resultados do estudo que verificou o efeito de um caso simulado envolvendo uma controvérsia científica sobre uma vacina preventiva também serão discutidos por dimensões (percepção de risco, afetiva e sexual, conhecimento e representação social).

Na primeira dimensão, que se refere à percepção de risco, foi constatado que os estudantes se perceberam menos vulneráveis ao risco de contaminação após terem participado do caso simulado, ou seja, houve uma diminuição da percepção do risco tanto em relação à população em geral quanto aos amigos e conhecidos.

Para Lima (1998), os níveis de ameaça são concomitantes com estratégias cognitivas de minimização do risco e do seu impacto. E como o caso simulado tratava de uma controvérsia com um forte apelo emocional em relação à contaminação pelo vírus HIV de crianças vivendo em situação de extrema pobreza no continente africano e com difícil acesso a tratamentos terapêuticos e preventivos, isso pode ter afetado a percepção de risco dos estudantes neste estudo. Essa realidade descrita na controvérsia científica difere da realidade brasileira, já que o governo brasileiro, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), disponibiliza tratamento gratuito a todos os portadores e doentes de aids. Além disso, o último boletim epidemiológico (Ministério da Saúde, 2007) destaca uma estabilização no crescimento da doença no país, bem como na região Sul. Como essa pandemia vivenciada no continente africano está distante da vivenciada no Brasil, isso pode ter tornado o nível de ameaça pequeno em relação à contaminação pelo vírus HIV para os estudantes. Outro fator que pode ser atrelado a essa diminuição do risco percebido é o uso do preservativo na maioria das relações sexuais, o que torna o sentimento de ameaça e insegurança em relação à aids distante para os adolescentes.

Quanto à atitude dos estudantes em relação ao uso do preservativo, mesmo que favorável antes do caso simulado, tornou-se mais favorável ainda após a simulação. Isso demonstra que o processo de compartilhamento e discussão do conhecimento afeta significativamente as atitudes dos estudantes, e vai ao encontro do que é descrito por Rodrigues e cols. (1999), isto é, o processo de interação social, mediante a transformação da informação ou da experiência, gera mudança nas atitudes.

Na dimensão conhecimento, o processo de compartilhamento de informações sobre o HIV/aids entre os estudantes afetou o conhecimento científico dos estudantes de forma expressiva, uma vez que se observou um aumento de conhecimento científico considerável entre a primeira e a segunda medida do teste. Isso confirma os argumentos apresentados no capítulo sobre comunicação, de que o pleno desenvolvimento dos indivíduos se baseia na construção de conhecimentos, ou seja, na motivação intrínseca de uma tarefa, na intensificação da comunicação e da interação entre os participantes (Clermont, 1994). Para Abric (1996), toda comunicação é uma interação, apontada como um fenômeno dinâmico que produz transformação.

Por último, a discussão sobre a dimensão representação social será embasada na análise prototípica, de similitude e na fatorial de correspondências, com o intuito de verificar a influência do caso simulado na representação social do risco relacionado à aids.

O efeito do caso simulado na ativação de elementos da representação social dos estudantes do ensino médio neste estudo não é restrito apenas ao sistema periférico, mas também ao núcleo central. Inicialmente, a análise prototípica indicou que os possíveis elementos que faziam parte do núcleo central da representação eram: *sexo*, *doença* e *preservativo*. Os elementos do sistema periférico estavam relacionados à *morte*, ao uso de *droga*, às formas de *contaminação* e ao *preconceito*. Após o caso simulado, houve

uma mudança no possível núcleo central, sendo introduzido o elemento *prevenção* e os elementos *sexo*, *preservativo*, *vacina* e *tratamento* no sistema periférico. Esses novos elementos passam a organizar a representação voltada para a prevenção, não somente relacionada ao sexo, mas sim a formas de tratamentos e vacinas preventivas para o combate à doença.

O elemento *sexo*, que fazia parte do núcleo central, passa para a “periferia próxima”, não sendo mais tão prontamente evocado pelos estudantes, mas não podendo ser desprezado por permanecer com uma alta frequência no Tempo 2. A análise de similitude confirma o elemento *sexo* organizando os elementos *doença* e *morte* no Tempo 1, e no Tempo 2, os elementos: *preservativo* e *doença*.

Contudo, a transformação da representação pode ser mais evidenciada na análise fatorial. Antes da participação dos estudantes no caso simulado, existia uma dicotomia dos elementos relacionados ao risco, de um lado aparecia o preservativo como forma de combate ao risco de contaminação, e do outro, as conseqüências e o preconceito relacionado à doença. Após o caso simulado houve modificação desses fatores e o risco passou a ser relacionado à prevenção, e elementos novos como *educação*, *amor*, *cura* e *tratamento* aparecem ligados à representação do risco sobre a aids. Assim, houve uma mudança da representação social, com a introdução do elemento *prevenção* no núcleo central, passando a organizar o campo da representação social, após a simulação.

Guimelli (2003) salienta que, para um evento gerar algum efeito nas representações sociais, este deve ser considerado importante para o grupo. Para o autor, quando um evento importante para o grupo modifica as circunstâncias nas quais se encontram os sujeitos, as práticas sociais se transformam e, em conseqüência, algumas novas práticas aparecem. A partir disto, as práticas novas vêm ativar os esquemas que as prescrevem e observa-se, progressivamente, uma mudança no estado da representação.

O processo de transformação das representações sociais toma formas diferentes, de acordo com o fato de as novas práticas estarem ou não em contradição com as representações antigas.

Neste estudo, pode-se pensar que está havendo uma transformação progressiva (Abric, 2003) da representação, com a inclusão de novos elementos no sistema periférico. Vale salientar que mesmo que o elemento prevenção tenha sido introduzido no núcleo central da representação, não se pode afirmar que seja uma mudança brutal da representação com um ataque ao núcleo central. Essa afirmação só seria pertinente após estudos mais aprofundados e, possivelmente, após uma terceira coleta sobre o tema com a amostra estudada. Para Abric (2001) “uma representação é suscetível de evoluir e de se transformar superficialmente por uma mudança do sentido ou da natureza de seus elementos periféricos” (p. 163).

6.3 Diferenças e similaridades entre os efeitos do vídeo informativo e do caso simulado

Para complementar o entendimento dos efeitos que os estudos sobre recepção de vídeo informativo e sobre o caso simulado tiveram no conhecimento científico, na atitude e na representação social do risco referente à aids, será traçado um paralelo entre os dois estudos.

Em relação ao conhecimento científico sobre o HIV/aids, a pesquisa evidenciou diferenças expressivas entre as três condições experimentais: receptor ativo, receptor passivo e caso simulado. Ao se considerar, separadamente, apenas o tamanho do efeito de cada experimento, ou seja, antes e após cada condição experimental, pode ser evidenciado o grau de influência que cada uma gerou no aumento do conhecimento. Para tal, esta conclusão será apoiada no escore do *d de cohen*, que indica o tamanho do

efeito para cada condição experimental. Entretanto, vale destacar que para o tamanho do efeito ser considerado grande, o escore deve ser acima de 0,80 (Dancey & Reidy, 2006). Assim sendo, no receptor passivo o *d de Cohen* foi 1,02, no receptor ativo foi de 2,80, no caso simulado foi de 3,50. Todas as condições experimentais tiveram influência no conhecimento. Todavia, o caso simulado foi o que mais elevou o conhecimento dos adolescentes.

Isso pode ser explicado de acordo com a tríade do conhecimento descrita por Marková (2006): Alter-Ego-Objeto. Para a autora, todo o conhecimento dialógico é gerado a partir do processo desses três componentes. Não pode haver comunicação alguma, a menos que os participantes se juntem pela tensão, de tal forma que esta ação social, marcada pelas oposições em tensão, seja negociada, avaliada e julgada. Neste trabalho, o Alter (estudante), o Ego (grupo) e o Objeto (representação social do risco) estiveram em constante relação de tensão e dialogicidade, o que gerou a transformação do conhecimento.

Quanto à representação social do risco diante da aids, apesar de poucas diferenças no possível sistema central, elas se distinguem mais em termos de elementos da periferia próxima ou distal, e assim, cabe consultar os resultados da análise de correspondências para determinar a fronteira entre a condição experimental recepção ativa, a condição experimental recepção passiva e o caso simulado. Em outras palavras, os três grupos possuem representações muito próximas quanto aos elementos mais importantes e se distinguem apenas em detalhes secundários do campo de representação.

Em síntese, as análises demonstraram que a condição experimental recepção ativa ativou elementos relacionados ao *sexo* e à *prevenção*. Logo, o risco da aids é visto pelos adolescentes como ligado às relações sexuais sem o uso do preservativo,

entretanto, pode ser amenizado com a prevenção. No que é pertinente à condição experimental receptor passivo, os elementos *sexo*, *descuido* e *drogas* são ativados após essa condição experimental, e os estudantes passam a relacionar o risco ao descuido nas relações sexuais sem o preservativo e ao uso de droga, que permite que os adolescentes fiquem mais vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis, em particular, à aids. E no caso simulado os elementos *sexo*, *prevenção*, *doença* e *tratamento* foram ativados.

É essencial destacar a influência do delineamento do estudo nos resultados. Na condição experimental passiva, os estudantes tiveram um nível de interação pequeno, pois não se pode descartar as interações interpessoais que ocorrem em sala de aula, sem a influência da pesquisadora; já na condição experimental recepção ativa, essa interação pode ser considerada moderada, pois foi realizada uma discussão em grupos. A pesquisa do caso simulado teve uma interação considerada alta, já que os participantes puderam interagir no seu próprio grupo de pertença e com os outros grupos durante o debate provido pela pesquisadora, o que pode ter influenciado na modificação da representação social desse grupo.

Desse modo, como destaca Abric (2003), “os elementos do núcleo central são suscetíveis de serem ativados diferentemente, segundo diferentes contextos” (p. 43). Quanto mais um elemento é ativado, mais ele tem um papel importante. E dentro deste contexto de divulgação científica por meio de vídeo informativo e interação, os elementos apenas foram ativados, e não transformados, permanecendo assim a mesma representação. Em relação ao caso simulado, além da ativação de alguns elementos houve uma mudança da representação social, com a introdução do elemento *prevenção* no núcleo central.

Essa ativação de novos elementos no núcleo central e sistema periférico pode ter interferido nas atitudes dos estudantes diante do preservativo. Na abordagem estrutural,

uma mudança das atitudes, segundo Moliner e Tafani (1997), também pode ser acompanhada pela mudança na periferia das representações sociais, seja pela reestruturação de seus elementos, ou até pelo surgimento de outros elementos.

Como consequência, no estudo sobre caso simulado, houve uma ativação maior de novos elementos, tanto no núcleo central como no sistema periférico, e houve uma mudança nas atitudes dos estudantes. Os estudantes que já eram favoráveis se tornaram mais favoráveis ainda depois da simulação (maior adesão aos itens da escala em relação ao Tempo 1).

Para Abric (2001), as representações sociais e as práticas estão estritamente ligadas, o que determina não só comportamentos distintos, mas também atitudes diante de um determinado objeto. No caso deste estudo, a atitude favorável frente ao preservativo pode influenciar na retenção de informações preventivas e, conseqüentemente, na adesão às práticas de prevenção.

Assim sendo, por meio de uma abordagem que enfoca ciência, tecnologia e sociedade (Bazzo, 1998), atrelada à teoria das representações sociais (Moscovici, 1978), na qual o conhecimento se desenvolve no contexto da interação social, acrescido do conceito de tensão descrito por Marková (2006), é que se pode abordar os aspectos científicos inerentes às relações delimitadoras das atividades de transmissão de conteúdos, especificamente na divulgação do conhecimento científico sobre o HIV/aids, principalmente na faixa etária adolescente, de modo a traçar um novo tipo de abordagem preventiva em relação à doença. A partir deste pressuposto, de relação entre divulgação científica, interação/dialogicidade e representações sociais, e com base no referencial teórico adotado, na revisão de literatura realizada e nos resultados da pesquisa, indica-se um esquema representativo para divulgação do conhecimento científico sobre o HIV/Aids (Figura 22).

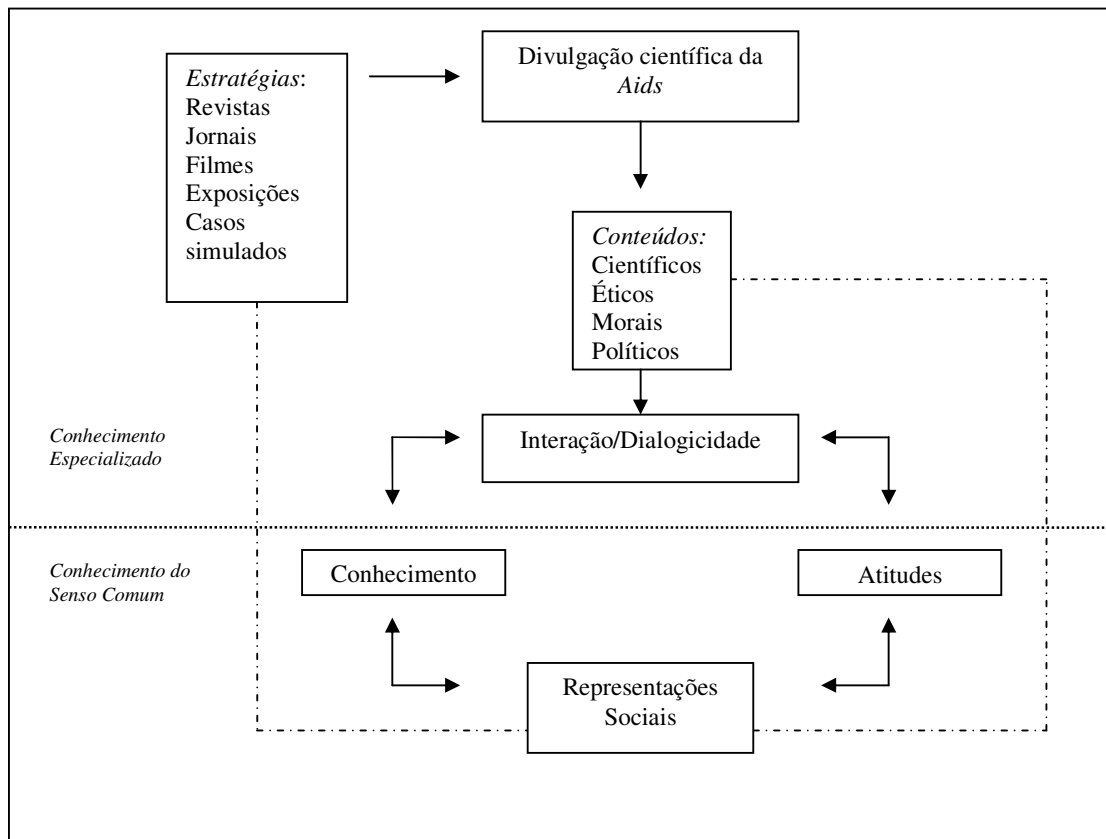


Figura 22. Esquema de Divulgação Científica.

A Figura anterior descreve o conhecimento científico e o conhecimento do senso comum, que estão em constante interação. E para gerar uma transformação no conhecimento, nas atitudes e nas representações sociais, estratégias diferentes de divulgação científica devem ser adotadas. Estratégias que enfatizem conteúdos científicos, éticos, morais e políticos, possibilitando a interação e o diálogo entre os atores sociais, enfatizando a importância da aplicabilidade prática desses conhecimentos para sua relação com o mundo.

Para a transformação de um conteúdo científico em conteúdo do senso comum estão envolvidos, segundo Moscovici e Hewstone (1986), processos internos e externos. Para os autores, esses processos podem ser chamados de pensamento informativo e pensamento representativo, e cada um desses pensamentos tem sua própria

racionalidade. Toda representação de uma teoria científica, física, psicológica, sociológica, etc. está situada no interior do senso comum, e implica a alteração profunda de conteúdo, bem como da estrutura cognitiva. Uma vez realizada, essa alteração confere uma mudança no processo de percepção do objeto. No caso desta pesquisa, os conteúdos científicos sobre a aids passam a se tornar familiares e a fazer parte do cotidiano dos indivíduos, pois a ciência é uma parte integrante da visão do homem da vida cotidiana, sendo inseparável das relações sociais.

Dentro dessa transformação, o processo de ancoragem deve ser destacado, pois as experiências sexuais, os conhecimentos e as experiências acumuladas pela tradição e transmitidas pela comunicação vão ancorar os novos conhecimentos, e possivelmente gerar novas práticas preventivas.

Para Roqueplo (1974), o processo de ancoragem e objetificação acompanham a divulgação de conhecimentos científicos. Neste estudo, compreender como os estudantes ancoraram os novos conhecimentos científicos sobre o HIV/aids elucidou os efeitos dos meios de divulgação do conhecimento científico sobre aids estudados nesta pesquisa, bem como a importância do processo de interação no compartilhamento e aquisição de novas informações científicas. O esquema proposto (Figura 22) caracteriza a concepção descrita por Roqueplo, pois ao objetificar os conteúdos científicos sobre a aids, os estudantes não se posicionam mais restritamente em relação à aids enfocando apenas a doença e suas conseqüências, mas sim em relação ao conjunto de outros fatores (ética, política, solidariedade, etc.) que permeiam o tema, podendo, assim, se posicionar e agir de uma forma mais livre e consciente.

Finaliza-se esta parte com as considerações de Nascimento-Schulze (2007) sobre a teoria das representações sociais e divulgação científica: “a teoria das representações sociais e os resultados de seus estudos podem ser considerados dentro do contexto da

divulgação científica como uma espécie de “tecnologia social” (p. 173). Para a autora, a teoria das representações sociais pode contribuir para estudos que forneçam indicações pertinentes para a elaboração de estratégias de popularização científica, que tem por objetivo antecipar os efeitos de um conteúdo científico particular sobre as práticas de uma coletividade. Além disso, o estudo de “representações sociais no contexto da divulgação científica pode agir como intermediário no debate entre as diferentes tendências da educação científica. Ela pode, por exemplo, retomar as teorias do senso comum e as reatar à ciência moderna, de maneira a harmonizar a ciência e sociedade” (p. 173).

6.4 A representação social de estudantes do ensino médio sobre o risco frente às aids

Após as discussões dos estudos sobre recepção de vídeo informativo e sobre o caso simulado, bem como, sobre as principais diferenças encontradas em relação aos dois estudos, fica a seguinte pergunta: Qual é a representação do risco da aids? Essa pergunta pode ser respondida, satisfatoriamente, com base nos resultados obtidos nesta pesquisa (Tempo 1 e Tempo 2).

Como a pesquisa foi focada na perspectiva estrutural de investigação das representações sociais, existem evidências para determinar, com base nos resultados obtidos, quais elementos que possuem maior probabilidade de compor o sistema central da representação social do risco frente à aids, uma vez que o estudo constituiu-se de duas coletas de dados e podem ser evidenciados elementos bem característicos que permaneceram ativos entre a primeira e a segunda coleta, considerando evidentemente que se trata de uma mesma população (adolescentes do ensino médio, estudantes da mesma escola). Contudo, sabe-se que técnicas mais aprofundadas como *mise en cause*

(Moliner, 1994) seriam mais adequadas para a confirmação dos possíveis elementos do núcleo central após cada condição experimental (condição experimental recepção ativa, condição experimental recepção passiva e caso simulado). Neste estudo não foi possível realizar uma técnica para confirmação do possível núcleo central, pois a coleta de dados foi realizada concomitantemente na grande maioria das turmas, além de ser realizada por um único pesquisador, o que não tornou possível operacionalizar uma primeira análise dos dados em tempo hábil para um teste confirmatório num segundo momento.

Assim, com base na análise estrutural, de similitude e fatorial de correspondências dos diferentes experimentos, foi possível investigar a representação social do risco frente às aids, tanto num nível de estruturas representacionais próprias desses grupos quanto nos princípios organizadores da representação.

Deste todo modo, baseando-se nos quadros 3 e 4 (páginas 150 e 176) que apresentam uma síntese dos principais elementos destacados na pesquisa, o risco frente à aids é representado pelos adolescentes como consequência da relação sexual desprotegida, pois o elemento *sexo* aparece como central na representação. Essa relação sexual está permeada pelo medo em relação à doença. Desse modo, a única forma encontrada pelos sujeitos é amenizar este risco por meio da prevenção.

A prevenção aparece não só relacionada ao uso do preservativo, mas sim a estratégias educativas e aos tratamentos de pessoas que vivem e convivem com o HIV e a aids. Os elementos *sexo* e *prevenção* não são elementos novos, eles estão fortemente enraizados ao longo da evolução do enfrentamento coletivo desta epidemia, que substituiu a noção de doença mortal constatada por Morin e Vergès (1992).

O risco da aids aparece como consequência da não utilização do preservativo e principalmente do uso de drogas. O elemento morte ainda aparece ligado à aids, mas neste estudo não apareceu como central. O que pode ser evidenciado por meio desses

achados é que mesmo introduzindo a expressão “risco frente à aids” e não somente a palavra “aids” como estímulo indutor para a apreensão das representações, o resultado foi semelhante aos estudos dedicados à representação social da aids (Tura, 2004, Camargo, Barbará & Bertoldo, 2007; D’Amorin, 2002).

Como foi visto no capítulo sobre o núcleo central, Abric (2003) destaca que existe uma diferenciação em termos da função que determinados elementos têm no núcleo: elementos normativos e funcionais. Os elementos normativos são aqueles ligados diretamente ao sistema de valores dos indivíduos e os funcionais estão vinculados às características descritivas e ao posicionamento do objeto dentro das práticas sociais.

Neste estudo, a representação do risco da aids pode ser considerada predominante funcional, ou seja, o risco está relacionado à prática sexual. A força do elemento *sexo* nas representações sociais dos estudantes pode ser apoiada na concepção de Abric (2003), em que situações que possuem intercâmbios sociais ou de posicionamento avaliativos são os elementos normativos do núcleo que vão ser ativados.

Estudos sobre a estrutura da representação social da aids têm demonstrado a centralidade dos elementos *sexo*, *doença* e *morte*. Dentre esses estudos, pode-se citar o de Tura (2004), com jovens entre 14 e 18 anos, moradores do Rio de Janeiro, que constatou que os elementos que fazem parte do núcleo central dessa população são *morte*, *sexo*, *camisinha* e *doença* e que *grupo de risco*, *contaminação*, *descuido*, *solidão*, *cuidado*, *desespero*, *solidariedade*, *cura*, *enfraquecimento* e *hospital* são os que compõem o seu sistema periférico. O de Camargo e cols. (2007), com estudantes da mesma faixa etária, mas da cidade de Florianópolis, os elementos *morte*, *doença* e *sexo*

aparecem como centrais e os elementos *preconceito, irresponsabilidade e descuido* como periféricos.

Neste sentido, os resultados desta pesquisa complementam as pesquisas realizadas em outros contextos e momentos históricos acerca da aids, pois ao refletir sobre a disseminação da aids, devem-se considerar as transformações desta epidemia na sua história, principalmente em relação às formas de transmissão, às tendências de instabilidade e vulnerabilidade da doença, e também aos significados construídos para enfrentar essa realidade.

6.5 Considerações Finais

Para que se promova a saúde, são necessárias ações educativas, persuasivas e motivacionais, que proporcionem ao indivíduo e ao grupo, os meios necessários para a melhoria de suas condições de saúde. Torna-se imprescindível pensar na aids como uma doença presente na sociedade, e disponibilizar à população conhecimentos e atividades visando à educação, ao controle e à prevenção da transmissão do HIV é uma necessidade premente.

Existe a necessidade de criar estratégias de prevenção e divulgação que não estejam preocupadas apenas em transmitir os conhecimentos científicos, mas em fornecer uma relação (interação) com o conhecimento, que venha servir aos interesses e necessidades do jovem para interagir na sociedade, a fim de que o adolescente se sinta capaz de utilizar seus saberes para participar da sociedade como cidadão, enfatizando a importância da aplicabilidade prática desses conhecimentos para sua relação com o mundo.

O presente trabalho buscou investigar o papel da interação na recepção de informações sobre o HIV/aids e nas representações sociais (informação, atitude e campo), por meio de duas estratégias de divulgação científica: vídeo informativo e caso simulado. Essas estratégias agem no que se chama de contexto interacional, o campo de relações entre indivíduo e o objeto social, em que entra em ação o conhecimento representacional. Para Moscovici (1978), “os indivíduos não são apenas máquinas passivas para obedecer a aparelhos, registrar mensagens e reagir às estimulações externas. Pelo contrário, eles possuem o frescor da imaginação e o desejo de dar um sentido à sociedade e ao universo a que pertencem” (p. 56).

Na comunicação as representações são transformadas por meio das influências recíprocas entre os indivíduos, com medidas de negociações implícitas no curso das conversações, nas quais as pessoas se orientam para modelos simbólicos, imagens e valores compartilhados. Nesse processo, as pessoas adquirem um repertório comum de interpretações e explicações, regras e procedimentos que podem ser aplicados à vida cotidiana. Longe de serem receptores passivos, pessoas e grupos pensam por si mesmos, produzem e comunicam incessantemente suas próprias e específicas representações e soluções (Moscovici, 2003).

De uma forma geral, pode ser comprovada a existência de efeitos independentes de ambos os estudos na ativação de elementos da representação. Em suma, na situação em que os estudantes participaram da recepção ativa de informações, enfocaram o risco da aids ao sexo e à prevenção. Quanto ao tipo de recepção passiva, foi observado que os participantes enfatizaram o sexo em consequência de “condutas de risco”, como a não-utilização do preservativo e o uso de drogas. Por último, o caso simulado ativou o elemento sexo relacionado com a prevenção e o tratamento de pessoas que vivem e convivem com o HIV e a aids. Mas mesmo ativando elementos diferentes em cada

condição experimental, os adolescentes possuem um único núcleo central relacionado ao risco: o sexo, apresentando, assim, uma representação social do risco frente à aids ligada à relação sexual, que pode ser amenizado por meio de estratégias preventivas, como o uso do preservativo e o cuidado com as pessoas que vivem e convivem com o HIV e a aids.

Os estudantes ao representarem o risco, predominantemente relacionado ao sexo e à prevenção, só reforçam ainda mais a busca por estratégias preventivas mais eficazes, para que esses elementos sejam mais trabalhados, fortalecendo a prevenção. Todavia, se comprova que as estratégias não devem estar focadas apenas na importância do uso do preservativo, mas sim focar, concomitantemente, elementos com os quais o adolescente possa se posicionar e construir suas idéias e conhecimentos de formas mais dinâmica e eficaz. A abordagem em termos de comportamento sexual conduz, como destaca Apostolidis (2006), a uma visão individualista e métrica da vida sexual em detrimento dos significados, dos sentimentos, das representações e das dinâmicas relacionais ligadas às vivências sexuais.

As contribuições mais significativas deste estudo podem ser descritas em dois tópicos. O primeiro diz respeito à eficácia do contexto de interação no compartilhamento e apreensão de novos conhecimentos científicos sobre o HIV/aids, o que pode servir de ponto de partida para estudos futuros: divulgação/interação/aids, e ser considerado como um passo fundamental para ampliar estratégias preventivas envolvendo a faixa etária adolescente; além da comprovação da eficácia dos dois meios (recepção de vídeo e caso simulado) de divulgação do conhecimento científico, no aumento do conhecimento dos estudantes.

E o segundo refere-se à pesquisa experimental nas representações sociais. Para Jodelet (1986), as representações sociais no marco experimental têm demonstrado

amplamente a relação existente entre o sistema de interpretação que elas proporcionam e as condutas que guiam. Abric (1998) elucida em particular o jogo entre objetificação e ancoragem em situações experimentais. A situação experimental que um sujeito enfrenta “mobiliza um trabalho de apropriação cognitiva que permite compreendê-la, antecipar o que se produzirá, preparar a interação com o companheiro e dar sentido ao próprio comportamento” (p. 489). Mas cabe salientar que os pesquisadores em representações sociais devem ter a preocupação com o contexto para desenvolver experimentos, buscando atenuar a influência de variáveis intervenientes, como por exemplo, a participação em outras tarefas envolvendo o mesmo tema de pesquisa. Ainda neste enfoque, a pesquisa experimental envolvendo o vídeo informativo “O Risco da Aids na Adolescência”, quando considerada apenas a condição recepção passiva, teve grande influência no nível de conhecimento dos estudantes. Isso demonstra que somente o vídeo informativo já é um meio eficaz de divulgação do conhecimento científico. Esse dado não é novo, entretanto esta contribuição refere-se exclusivamente ao fato de o vídeo ter sido produzido por adolescentes estudantes do ensino médio.

Um ponto que deve ser considerado no trabalho diz respeito à confiabilidade dos resultados. O teste de conhecimento científico sobre o HIV/aids e a escala de atitude sobre o uso do preservativo são instrumentos já validados e referenciados em várias pesquisas anteriores (por exemplo, Camargo & Barbará, 2004; Camargo, Barbará & Bertoldo, no prelo; Camargo & Bertoldo, 2006; Camargo & Botelho; 2007) e foram produzidas para a amostra brasileira, o que aperfeiçoou a qualidade do material para participantes e, aliado à aplicação de um conjunto de testes estatísticos, a confiabilidade dos resultados obtidos aumentou.

Em termos de avaliação geral da pesquisa, foram cumpridos todos os objetivos propostos, demonstrando a eficácia de conteúdos envolvendo aspectos científicos,

éticos, morais e políticos na apreensão do conhecimento e da atitude dos estudantes, bem como, na ativação de elementos relacionados à prevenção da aids, nas representações sociais.

Pesquisas futuras podem se pautar pela identificação de novos efeitos de estratégias preventivas, em conjunto com a recepção mais ativa da informação. Mesmo que este estudo tenha se pautado nos efeitos de duas metodologias diferentes de divulgação do conhecimento, ainda resta a descoberta de outras formas de divulgação, como as revistas, os jornais, os museus de ciências, as exposições, etc. Mas todos eles atrelando a interação/dialogicidade/grupo e não a interação homem/objeto, para o compartilhamento do conhecimento científico.

Além disso, recomenda-se que com essas estratégias sejam abordados, conjuntamente, temas relacionados à sociedade do risco e à divulgação científica, já que o indivíduo está em completa interação com os acontecimentos científicos. Na vida cotidiana está presente não somente a aids, mas bombas atômicas, aquecimento global, transgênicos, etc. Para que se possa aprofundar os estudos sobre a insegurança biológica e social (Jodelet & Scipion, 1992) que a sociedade vive atualmente.

Por fim, uma das limitações do trabalho, que deve ser abordada, diz respeito à escolarização. Como a pesquisa foi realizada com uma amostra escolarizada, não se pode generalizar os resultados para toda a população brasileira. Apesar disso, vale destacar que a escola é muito importante para projetos preventivos, principalmente agora que o governo estabelece o projeto “Saúde Prevenção nas Escolas”, que tem por objetivo central trabalhar “a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, visando reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST, à infecção pelo HIV, à aids e à gravidez não-planejada, por meio de ações nas escolas e nas unidades básicas de saúde” (Ministério da Saúde, 2007). A contribuição do sistema de educação é

indispensável nos trabalhos de prevenção, pois há uma grande parcela de grupos populacionais em risco que podem ser alcançados diretamente (Meirelles, 2003). Portanto, tendo como premissa que a entrada para a escola é um momento de reconstituição das identidades, derivada da teoria das ações comunicativas de Lloyd (1994), conteúdos que enfoquem ciência e tecnologia poderiam trazer benefícios aos estudantes. E para reforçar esse argumento, nesta pesquisa, a escola foi considerada pela grande maioria dos estudantes como a principal fonte de informação sobre o HIV/aids. Então, por que não aproveitar esse canal para trabalhar conteúdos que envolvem aspectos científicos, éticos, sociais e políticos que permeiam a aids? Essa é uma pergunta difícil de responder, pois a maioria dos trabalhos busca intensificar o uso do preservativo. Certamente, não se descarta que a única barreira de prevenção contra as doenças sexualmente transmissíveis seja o uso do preservativo, mas só este aspecto da prevenção tem demonstrado que não está sendo muito eficaz.

Desta forma, é importante desenvolver programas em que o adolescente leve em conta os diversos processos de construção de conhecimento sobre a doença, os riscos e as formas de prevenção. Além disso, as informações aqui pesquisadas permitem uma compreensão mais fundamentada a respeito da dinâmica interacional, que envolveu estes dois estudos na adolescência. Isso constitui um valioso material de apoio à atuação de profissionais de saúde, com vistas à melhoria na qualidade da prevenção, inclusive na utilização da interação dialogada por meio dos novos mecanismos tecnológicos de comunicação que permitem interação em locais diferentes, tais como a TV digital. Possivelmente este seja o objeto de próxima pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Abramovay, M & Rua, M. G. (2001). Os novos riscos da juventude: A vulnerabilidade às DST/Aids. Cadernos do Ceam, Ano II(5), 79-88.
- Abric, J. C. (1996). Facteurs généraux dela communication. Em J. C. Abric (Org.), Psychologie de la comunication: métodos e théories (pp.7-24). Paris: Masson & Armand Colin.
- Abric, J. C. (1998) A abordagem estrutural das representações sociais. Em A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.). Estudos interdisciplinares de representação social (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Abric, J. C. (2001). O estudo experimental das representações sociais (L. Ulup, Trad.). Em D. Jodelet (Org.), As representações sociais (pp.155-172). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Abric, J. C. (2003a). Abordagem estrutural das representações sociais: Desenvolvimentos recentes. Em P. H. Campos & M. C. S. Loureiro (Orgs.), Representações sociais e práticas educativas (pp. 37-57). Goiânia: UCG.
- Abric, J. C. (2003b). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. Em J. C. Abric (Org.). Méthodes d'étude des représentations sociales, (pp. 59-80). Ramonville Sant-Agne: Érès.
- Albarracín, D., Jonhson, B. T., Fishbein, M. & Muelleririle, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. Psychological Bulletin, 127(1), 142-161.
- Allport, G. W. (1966). Attitudes in the history of social psychology. Em N. WaWarren & M. Jahora (Orgs.), Attitudes (pp. 19-25). UK: Peguin Education.
- Almeida, M. O. (2002). A vulgarização do saber. Em L. Massarani, I. C. Moreira & F. Brito (Orgs.), Ciência e público: Caminhos da divulgação científica no Brasil (pp. 65-72). Rio de Janeiro: Casa da Ciência – Centro Cultural de Ciência e Tecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Fórum de Ciência e Cultura.
- Antunes, M. C., Peres, C. A., Paiva, V., Stall, R. & Hearst, N. (2002). Diferenças na prevenção da aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. Revista de Saúde Pública, 36(4), 88-95.
- Apostolidis, T. (2003). Représentations sociales et triangulation: enjeux théorico-méthodologiques. Em J. C. Abric (Org.), Méthodes d'étude des représentations sociales (pp. 13-35). Ramonville Sant-Agne: Érès.
- Apostolidis, T. (2006). Representations sociales et triangulation: une application en pasychologie sociale de la sante. Psicologia : Teoria e Pesquisa, 22, 211-226.
- Apter, D., Cacciatore, R. & Hermanson E. (2004). Adolescent contraception. International Congress Series, 1266, 81-89.

- Argyle, M. (1976). A interação social: Relações interpessoais e comportamento social. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Asch, S. (1952). *Psicologia Social* (D. Moreira Leite & M. Moreira Leite, Trans.). 3º ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Askevis-Leherpeux, F., Leyens, J. & Drozda-Senkowska, E. (2000). Les enjeux éthiques de la diffusion des saviors: l'exemple de la psychologie sociale. Bulletin de Psychologie, 53(1), 13-18.
- Avi, G. D. S. (2000). Informação técnica não basta: As representações sociais da AIDS em profissionais de saúde. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Ayres, J. R. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. Em M. R. Barbosa & R. Parker (Orgs.), Sexualidade pelo avesso: Direitos, identidades e poder (pp. 49-72). Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: ED. 34.
- Bacega, M. A. (2002). Comunicação: Interação emissão/recepção. Comunicação e Educação, 23, 7-15.
- Bangerter, A. (1995). Rethinking the relation between science and common sense, a comment on the current state of social representations. Theory and Papers in Social Representations, 4(1), 61-78.
- Barbará, A. (2004). A difusão científica da aids na mídia impressa. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Barbará, A. & Camargo, B. V. (2004). A difusão científica da aids na mídia impressa. Psico, 35(2), 169-176.
- Barros, H. L. (2002). A cidade e a ciência. Em L. Massarani, I. C. Moreira & F. Brito (Orgs.), Ciência e público: Caminhos da divulgação científica no Brasil (pp. 25-42). Rio de Janeiro: Casa da Ciência – Centro Cultural de Ciência e Tecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Fórum de Ciência e Cultura.
- Bauer, M. (1994). A popularização da ciência como imunização cultural: A função das representações sociais. Em S. Jovtchelovitch & P. Guareschi. (Orgs.), Textos em representações sociais (pp 229-257). Petrópolis: Vozes.
- Bauer, M. & Gaskell, G. (2002). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes.
- Bazzo, W. A. (1998). Ciência tecnologia e sociedade e o contexto da educação tecnológica. Florianópolis, SC: Editora da UFSC.
- Bazzo, W. A., Pereira, L. T. V. & Linsingen, I. V. (2000). Educação tecnológica: Enfoques para o ensino de engenharia. Florianópolis: Editora UFSC.
- Bazzo, W. A., Palácios, E. M. G., Galbarte, J. C. G., Linsingen, I. V., Cerezo, J. A. L., Luján, J. L., Gordillo, M. M., Osório, C., Pereira, L. T. V. & Valdés, C. (2003). Introdução aos estudos CTS (ciência, tecnologia e sociedade). Madrid: OEI.

- Bazzo, W. A. & Pereira, L. T. V. (2005). AIDS-2000: A vacina contra a AIDS (Simulação educativa de um caso CTS sobre a saúde), adaptado e traduzido do original de Martín Gordillo (2001). Curso á distância: Enfoque CTS. Universidad de Oviedo e Nepet – UFSC.
- Berelson, B. (1969). La comunicación colectiva y la opinión pública. Em W. Schramm (Org.), Proceso y efectos de la comunicación colectiva (pp. 296-308). Quito: C.I.E.S.P.A.L.
- Betts, S. C., Peterson, D. J. & Huebner, A. J. (2003). Zimbabwean adolescents condom use: what makes a difference? Implications for intervention. Journal of Adolescent Health, 33(3), 165-171.
- Biancarelli, A. (1997). Doença em foco: As reportagens sobre AIDS publicadas pela Folha de São Paulo. Revista USP, 33,137-147.
- Bizzo, M. L. G. (2002). Difusão científica, comunicação e saúde. Caderno de Saúde Pública, 8(1), 307-314.
- Bueno, W. (1985). Jornalismo científico. Ciência e Cultura, 37(9), 1420-1427.
- Camargo, B. V. (2000). Sexualidade e representações sociais da aids. Revista de Ciências Humanas. Especial temática, 3 (Representações Sociais e Interdisciplinaridade), 97-110.
- Camargo, B. V (2003). A televisão como vetor de difusão de informações sobre a aids. Em M. P. L. Coutinho, A. S. Lima, F. B. Oliveira & M. L. Fortunato (Orgs.), Representações sociais: Abordagem interdisciplinar (pp. 130-152). João Pessoa: Editora Universitária.
- Camargo, B. V. (2005). ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. Em A. S. P. Moreira; B. V. Camargo, J. C. Jesuíno, S. M. Nóbrega (Orgs.), Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais (pp. 511-540). João Pessoa: Editora Universitária – UFPB.
- Camargo, B. V., Botelho, L. J. & Souza, E. S. B. (2001). AIDS, sexualidade e atitudes sobre a proteção contra o HIV: Um estudo descritivo com adolescentes do nível médio da rede de ensino (Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú) (Relatório Técnico de Pesquisa, 42 p.). Florianópolis: UFSC/LACCOS.
- Camargo, B. & Barbará, A. (2004). Efeitos de panfletos informativos sobre a aids em adolescentes. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20(3), 279-287.
- Camargo, B. V., Barbará, A & Bertoldo, R. (2005). Um instrumento de medida da dimensão informativa da representação social da aids [Trabalho Completo]. Em IV Jornada Internacional e II Conferência Brasileira sobre Representações Sociais: Teoria e Abordagens Metodológicas. João Pessoa: JIRS.
- Camargo, B. V. & Bertoldo, R. (2006). Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. Estudos em Psicologia, 23 (4), 369-379.

- Camargo, B. V., Giacomozzi, A., Wachelze, J. F. & Aguiar, A. (2007). Variáveis psicossociais associadas à vulnerabilidade ao HIV/AIDS: estudo comparativo da população negra com a população branca. Relatório Técnico, p. 88.
- Camargo, B. V. & Botelho, L. J. (2007). Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. Rev. Saúde Pública, 4(1), 61-68.
- Camargo, B. V. Barbará, A. & Bertoldo, R. (no prelo). A influência de vídeos documentários na divulgação científica de conhecimento sobre da Aids. Psicologia Reflexão e Crítica, 21(2), 2008.
- Canclini, N. G. (1993). El consumo cultural en México. México: Pensar la Cultura.
- Candotti, E. (2001). Divulgação e democratização da ciência. Ciência e Ambiente, 23, 5-14.
- Candotti, E. (2002). Ciência na educação popular. Em L. Massarani, I. C. Moreira & F. Brito (Orgs.), Ciência e público: Caminhos da divulgação científica no Brasil (pp. 15-24). Rio de Janeiro: Casa da Ciência – Centro Cultural de Ciência e Tecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Fórum de Ciência e Cultura.
- Campos, P. H. F. (2003). A abordagem estrutural e o estudo das relações entre as práticas e representações sociais. Em P. H. Campos & M. C. S. Loureiro (Orgs.), Representações sociais e práticas educativas (pp. 21-36). Goiânia: UCG.
- Carvalho, A. (1998). A. Etologia e comportamento social. Em L. Souza, M. F. Q. Freitas & M. M. P. Rodrigues (Orgs.), Psicologia: Reflexões (im) pertinentes (pp. 195-224). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carboni, L. (2005). A influência de uma exposição científica sobre as representações sociais e atitudes relativas ao meio ambiente: Um estudo com alunos do ensino médio. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Carlino-Cotrin, B., Gazal-Carvalho, C. & Gouveia N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. Revista de Saúde Pública, 34(6), 636-645.
- Cecil, H. & Zimet, G. D. (1998). Meanings assigned by undergraduates to frequency statements of condom use. Archives of Sexual Behavior, 27(5), 493-505.
- Chauí, M. S. (1983). O que é ser educador hoje? Da arte à ciência: A morte do educador. Em C. R. Brandão (Org.), O Educador - vida e morte (pp. 51-70). Rio de Janeiro: Editora Graal.
- Chauvin, B. & Hermand, D. (2006). Influence des variables distales sur la perception des risques : une revue de la littérature de 1978 à 2005. Les cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 72, 65-84.
- Cicognani, E., Zani, B. & Albanesi, C. (2003). Adolescents et sentiment d'insécurité: dimensions et antécédents. Psychologie & Société, 7, 25-45.

- Clermont, A. P. (1994). Interações sociais no desenvolvimento cognitivo: Novas direções de pesquisa. Cadernos de Psicossociologia e Educação, 2, 7-30.
- Collins, S. & Marková, I. (2004). Les énoncés collaboratifs : nouvelle méthode das l'étude des donnés issues de *focus groups*. Bulletin de psychologie, 57(3), 291-298.
- Crawfor, I. & Jason, L.A. (1990). Strategies for implementing a media-based AIDS prevention program. Professional Psychology: Research and Practice, 21(3), 219-221.
- D'Amorin, M. A. (2002). A prevenção da AIDS em universitários. Temas em Psicologia da SBP, 10(1), 53-62.
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Deschamps, J. C. (2003). Analyse des correspondances et variations des contenus de représentations sociales. Em J. C. Abric (Org.). Méthodes d'étude des représentations sociales (pp. 179-199). Ramonville Sant-Agne: Érès.
- Devos-Comby, L. & Salovey, P. (2002). Applying persuasion strategies to alter HIV – relevant thouns and behavior. Review of General Psychology 16(3), 287-304.
- Doise, W. (2001). Atitudes e representações sociais (L. Ulup, Trad.). Em D. Jodelet (Org.), As representações sociais (pp.187-203). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Doise, W.; Clemence, A. & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). Représentations sociales et analyses de données. Grenoble: PUF.
- Durant, J. (1981). Les formes de communication. Paris: Bordas.
- Farr, R. M. (1995). Representações sociais: A teoria e sua história. 4^a ed. Em P. Guareschi, & S. Jovchelovitch (Orgs.), Textos em representações sociais (pp. 31-59). Petrópolis: Vozes.
- Fausto Neto, A. (1999). Comunicação e mídia impressa: Estudos sobre a AIDS. São Paulo: Hacker.
- Fígaro, R. (2000). Estudo de recepção para a crítica da comunicação. Comunicação e Educação, 17, 37 – 42.
- Flament, C. (2001). Estrutura e dinâmica das representações sociais. Em D. Jodelet (Org.), As representações sociais (pp.174-184). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Forehand, R., Gound, M., Kotchick, B. A., Armistead, L., Long, N. & Miller, K. S. (2005). Sexual intentions of black preadolescents: associations with risk and adaptive behavior. Perspectives on sexual and reproductive health, 37 (1), 13-18.
- Foreman, F. E. (2003). Intimate risk: sexual risk behavior among African American college women. Journal of black studies, 33(5), 637-653.
- Fourez, G. (1995). A construção das ciências. Introdução à filosofia e a ética das ciências. São Paulo: Ed. UNESP.

- Fourez, G. (1997). Scientific and technological literacy as a social practice. Social Studies on Science, 27, 903-922.
- Fourez, G. (1999). L'enseignement des sciences: En crise?. Revue Nouvelle, 10, 96-99.
- Fourez, G. (2000). Les disciplines scientifiques: Un patrimoine culturel. Forum-Pédagogies, 32-34.
- Fourez, G. & Englebert-lecomte, V. (1999). Enseigner les démarches scientifiques. Probio-Revue, 1, 3-15.
- Garton, A. (1994). Interação social y desarrollo del lenguaje y la cognición: Temas de educación. Barcelona: Ed. Paidós.
- Gebhardt, W. A., Kuyper L. & Greunsvan, G. (2003). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. Journal of Adolescent Health, 33(3), 154-164.
- Ghiglione, R. (1990). La communication et l'interaction sociale. Em R. Ghiglione, C. Bonnet & J. Richard (Orgs.), Traité de psychologie cognitive: Cognition, représentation, communication (pp. 198-206). Paris: Dupod.
- Ghiglione, R. (1992). La réception des messages. Hermès. Cognition, Communication, Politique, 11(12), 247-264.
- Godelier, M. (1980). As relações homem-mulher: O problema da dominação masculina. Civilização Brasileir, III(26), 9-29.
- Godelier, M. (1984). L'idéal et le matériel. Pensée, economies, sociétés. Paris : Fayard.
- Godin, (1991). L' éducation pour la santé : Les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. Sciences Sociales et Santé, IX(1), 67-94.
- Guimarães, M. (2001). Comunicação e educação: A perspectiva do receptor. Comunicação e Educação, 20, 15-20.
- Guimelli, C. & Deschamps, J. C. (2000). Effets de contexte sur la production d'associations verbales. Le cas des représentations sociales des gitans [Resumo]. Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 3, 47-48.
- Guimelli, C. (2003). Le modèle des schèmes cognitifs de base (SCB) : méthodes et applications. Em J.C. Abric (Org.), Méthodes d'études des représentations sociales (pp. 119-143). Saint Agne : Eres.
- Gutnik, L. A., Hakimzada, A. F., Yoskowitz, N. A., Patel, V. L. (2006). The role of emotion in decision-making: A cognitive neuroeconomic approach towards understanding sexual risk behavior. Journal of Biomedical Informatics, 39, 720-736.
- Herek, G. & Capitano, J. P. (1993). Public reaction to AIDS in the United States: A second decade of stigma. American Journal of Public Health, 83(4), 574-577.

- Herzlich, C. & Pierret, J. (1988). Une maladie dans l'espace publique. Le sida dans six quotidiens français. Annales E.S.C., 5, 1109-1134.
- Hovland (1954). Los efectos de Comunicación con el público. Em C. S. Steinberg & A. W. Bluem (Org.), Los medios de comunicación social. México: Editora Roble.
- Houaiss, A. (2001). Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.
- Jiménez, A. L., Gotlieb, S. L. D., Hardy, E. & Zaneveld, L. J. D. (2001). Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: Associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. Caderno de Saúde Pública, 17(1), 55-62.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. Em S. Moscovici (Org.), Pensamiento y vida social (pp. 469-494). Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós, Psicología Social, V. 2.
- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales: Un domaine en expansion. Em D. Jodelet (Ed.), Les représentations sociales (pp. 31-61). Paris: PUF.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: Um domínio em expansão (L. Ulup, Trad.). Em D. Jodelet (Org.), As representações sociais (pp.187-203). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Jodelet, D. & Scipion, C. (1992). Quand la science met l'inconnu dans le monde. Em J. Theys & B. Kalaora (Orgs.), La terre outragée. Les experts formels (pp. 210-222). Paris: Autrement.
- Joffe, H. (1994). "Eu não", "o meu grupo não": Representações sociais transculturais da AIDS. Em P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Org.), Textos em representações sociais (pp. 297-322). Petrópolis. Vózes.
- Joffe, H. (1995). Social representation of AIDS: Towards encompassing issues of power. Papers on Social Representation, 4(1), 29-40.
- Joffe, H. (1996a). AIDS research and prevention: A social representation approach. British Journal of Medical Psychology 69(1), 169-190.
- Joffe, H. (1996b). The shock of the new: A psycho-dynamic extension of social representational theory. Journal for the Theory of Social Behavior, 26(2), 197-219.
- Joffe, H. (1998). Degradação, desejo e o "outro". Em A. Arruda (Org.). Representando a alteridade (pp.109-128). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Katz, E. (1989). La recherche en communication depuis Lazarsfeld. Hermes. Cognition, Communication, Politique, 4, 77-91.
- Katz, E (1990). A propos des médias et de leurs effets. Em L. Sfez & G. Coutlée (Orgs.), Technologies et symboliques de la communication (pp. 274-308). Colloque de Cerisy: P. U. G.

- Kerlinger, F. N. (1910). Metodologia da pesquisa em ciências sociais: Um tratamento conceitual. São Paulo: EPU: EDUSP.
- Kientz, A. (1973). Comunicação de massa: Análise de conteúdo. (A. Cabral, Trad.). Coleção Medium. Rio de Janeiro: Ed. Eldorado. (Trabalho original publicado em 1970).
- Klapper (1960). The effects of mass communication. New York: Free Press.
- Khun, T. (1991). A Estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Lage, E. (1998). A representação da aids para pré-adolescentes (M. Madeira & R. Carvalho, Trad.). Em M. Madeira & D. Jodelet (Orgs.), AIDS e representações sociais: À busca de sentidos (pp. 73-88). Natal: EDUFRN.
- Lebart, L., & Salem, A. (1988). Analyse statistique des données textuelles. Paris: Dunod.
- Lersch, P. (1967). El hombre como ser social. Barcelo: Editora Scintia.
- Lima, M.L.P. (1996) Atitudes. Em J., Vala & M. B., Monteiro (Orgs.), Psicologia social. (pp.197-199). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lima, A. L., Wunsch, C. T., Guitierrez, E. B. & Leite, R. M. (1996). Epidemiologia. Em A. L. Lima (Org.), HIV/AIDS: Perguntas e respostas (pp.3-29). São Paulo: Editora Atheneu.
- López Cerezo, J. A. & Luján, J. L. (2000). Ciencia y política del riesgo. Madrid: Alianza Editorial.
- Lloyd, B. (1994). Différences entre sexes. Em S. Moscovici. (Org.), Psychologie Sociale des relations à autrui (pp. 280-296). Paris: Nathan.
- MacDonald, T., MacDonald, G., Zann, M. & Fong, G. (2000). Alcohol, sexual arousal, and intention to use condoms in young men: Applying alcohol myopia theory to risk sexual behaviors. Health Psychology, 19(3), 290-298.
- Madeira, M. C. (1998). A confiança afrontada: Representações sociais da aids para jovens (M. Madeira & R. Carvalho, Trad.). Em M. Madeira & D. Jodelet (Orgs.), AIDS e representações sociais: À busca de sentidos (pp. 17-46). Natal: EDUFRN.
- Maletzke, G. (1976). Sicologia de la comunicacion social. Quito: Época.
- Mann, J., Tarantola, D. J. M. & Netter, T. W. (1993). A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relume Dumará.
- Mann, J., Tarantola, D. J. M. & Netter, T. W. (1996). From epidemiology to vulnerability to human rights. AIDS in the world II. New York: Oxford University Press.

- Martín-Barbero, J. (1995). América Latina e os anos recentes: O estudo da recepção em comunicação social. Em M. W. Souza (Org.), Sujeito, o lado oculto do receptor (pp. 39-68). São Paulo: Brasiliense.
- Marková, I. (2006). Dialogicidade e representações sociais. Petrópolis: Editora Vozes.
- Martín Gordillo, M. (2001). AIDS-2000: La vacuna contra el SIDA. Simulación educativa de un caso CTS sobre la salud. Madrid: OEI.
- Martín Gordillo, M., Osorio, C. & López Cerezo, J. A. (2001). La educación en valores a través de CTS. Em G. Hoyos Vásquez e cols. (Orgs.), La educación en valores en Iberoamérica (pp. 119-161), Madrid, OEI, Papeles Iberoamericanos. Disponível em: <<http://www.campus-oei.org/salactsi/mgordillo.htm>>.
- Massarani, L. & Moreira, I. C. (2001). A retórica e a ciência: Dos artigos originais à divulgação científica. Ciência e Ambiente, 23, 31-48.
- Massarani, L. & Moreira, I. C. (2002). Aspectos históricos da divulgação científica no Brasil. Em L. Massarani, I. C. Moreira & F. Brito (Orgs.), Ciência e público: Caminhos da divulgação científica no Brasil (pp. 43-64). Rio de Janeiro: Casa da Ciência – Centro Cultural de Ciência e Tecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Fórum de Ciência e Cultura.
- Matsukuma, M. & Leite Filho, I (2001). Divulgação científica da estação ciência pela internet. Em S. Crestana, E. W. Hamburger, D. M. Silva & S. Mascarenhas (Orgs.), Educação para a ciência: Curso para treinamento em centros e museus de ciência (pp. 475-478). São Paulo: Livraria da física.
- McGuire, W. (1976). Persuasão. Em G. A., Miller (Org.), Linguagem, psicologia e comunicação (pp. 258-271). São Paulo: Cultrix.
- McLeord, J. M. (1973). A contribuição da psicologia para a teoria da comunicação humana. Em F. E. X. Dance (Org.), Teoria da comunicação humana (pp. 255-295). São Paulo: Cultrix.
- Mehrabian, A. (1968). The inference of attitudes from the posture, orientation, and distance of a communication. Journal of Consulting Psychology, 32, 296-308.
- Meirelles, B. H. S. (2003). Viver saudável em tempos de aids. A complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo vírus HIV. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa Pós-Graduação em Enfermagem – UFSC. Florianópolis, p. 62-77.
- Mezzomo, J. (2004). O impacto de uma exposição científica nas representações sociais sobre o meio ambiente dos alunos do ensino médio. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Miller, J. (2000). Scientific literacy and citizenship in the 21 st century. Em B. Schiele & E. Koster (Orgs.), Science centers for this century (pp 369-413). Quebec: Multimondes.

- Ministério da Saúde (2007). Boletim epidemiológico – AIDS – Janeiro a Junho de 2004: Sistema nacional de notificação. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/udtv/>>. Acesso em: 19/nov/2007.
- Moliner, P. (1994). Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. Em C. Guimelli (Org.), Structures et transformations des représentations sociales (pp. 199-232). Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Moliner, P. & Tafani, E. (1997). Attitudes and social representations: A theoretical and experimental approach. European Journal of Social Psychology, 25, 27-40.
- Moliner, P. & Gutermann, M. (2004). Dynamique des descriptions et des explication das une representation sociale. Papers on Social Representations, 13, 2.1-2.12.
- Montagnier, L. (1996). Sida: Factos, esperanças. 10^a ed. Paris: Instituto Pasteur.
- Monteiro, J. R. & Brandão, S. (2002). Ciência e TV: Um encontro esperado. Em L. Massarani, I. C. Moreira & F. Brito (Orgs.), Ciência e público: Caminhos da divulgação científica no Brasil (pp. 89-106). Rio de Janeiro: Casa da Ciência – Centro Cultural de Ciência e Tecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Fórum de Ciência e Cultura.
- Morin, E. (2000). Os sete saberes necessários à educação do futuro. Brasília: Cortez/Unesco.
- Morin, M. & Vergès, P. (1992). Enquête sur une représentation en voie d'émancipation : Le sida pou les jeunes. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 15, 46-75.
- Moscovici, S. (1976). La psychanalyse, son image et son public. Paris: P.U.F.
- Moscovici, S. (1978). A representação social da psicanálise (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (1982). On social representations. Em J. P. Forgas (Org.), Social cognition: Perspectives on everyday understanding (pp. 181-209). London: Academic Press.
- Moscovici, S. (2003). Representações sociais: Investigações em psicologia social. 2^o ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Moscovici, S. & Hewstone, M. (1986). De la ciencia al sentido común. Em S. Moscovici (Org.), Pensamiento y vida social (pp. 679-710). Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós, Psicologia Social, Vol. 2.
- Mota, R. (2001). Acerca do método e do conhecimento científico. Ciência e Ambiente, 23, 15-20.
- Nascimento-Schulze, C. M. (2007). Science et société: imposer, motiver ou persuader? Diagenè, 217, janvier-mars, 166-177.

- Nascimento-Schulze, C. M. & Camargo, B. V. (2000). Psicologia social, representações sociais e métodos. Temas de Psicologia, 8(3), 287-299.
- Naiff, D. G. M. (1999). A construção social de um fenômeno: A aids na mídia escrita brasileira. Dissertação de Mestrado não-publicada, curso de Pós-graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, DF.
- Oliveira, A. & Amâncio, L. (2005). A Análise fatorial de Correspondências no estudo das representações Sociais – As Representações Sociais da Morte e do Suicídio na Adolescência. Em A. S. P. Moreira, B. V. Carmargo, J. C. Jesuíno & S. M. Nóbrega (Orgs.), Perspectivas Teórico- Metodológicas em Representações Sociais (pp. 323-362). João pessoa: Editora Universitária – UFPB.
- Organização Mundial da Saúde (2005). Boletim de saúde da organização mundial. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/en/>>.
- Orozco-Gómez, G. (1993). Cultura y televisión: De las comunidades de referencia a la producción de sentido en el proceso de recepción. Em N. G. Canclini (Org.), El consumo cultural en México (pp. 262-94). México: Pensar la Cultura.
- Orozco-Gómez, G. (2002). Comunicação, educação e novas tecnologias: Tríade do século XXI. Comunicação e Educação, 23, 57-70.
- Outeiral, J. O. (1994). Adolescer: Estudos sobre adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paiva, V. (1992). O simbolismo da aids, alteridade e cidadania. Em V. Paiva (Org.), Em tempos de AIDS (pp. 33-48). São Paulo: Summus.
- Paiva, V. & Alonso, L. (1992). Viva a vida. Em V. Paiva (Org.), Em tempos de AIDS (pp. 15-32). São Paulo: Summus.
- Paiva, V., Peres, C. & Blessa, C. (2002). Jovens e adolescentes em tempos de aids. Reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. Psicologia USP, 13(1), 55-78.
- Pascual, S. L. (2002). Qualitative Assessment of a Campaign Promoting Condom Use among a Teenage and Young Adult Population in the Community of Madrid, Spain. Rev. Esp. Salud Publica, 76, 509-516.
- Paulilo, M. A. (1999). AIDS: Os sentidos do risco. São Paulo: Veras Editora.
- Picard, D. (1989). De la communication à l'interaction: l'évolution des modèles. Psychologie de la Communication, 93, 69-83.
- Pfromm Neto, S. (1972). Comunicação de massa. São Paulo: Pioneira.
- Ramos, M. C. M. (1990-1991). Formação continuada do professor. Didática, 26(27), 83-86.
- Rateau, P. (2000). Idéologie, représentation sociale et attitude : Étude expérimentale de leur hiérarchie [Resumo]. Revue Internationale de Psychologie Sociale, 13(1), 29-57.

- Reis, J. (2002). Ponto de vista: José Reis. Em L. Massarani, I. C. Moreira & F. Brito (Orgs.), Ciência e público: Caminhos da divulgação científica no Brasil (pp. 73-78). Rio de Janeiro: Casa da Ciência – Centro Cultural de Ciência e Tecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Fórum de Ciência e Cultura.
- Rey, L. (1999). Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Rivers, W. & Schramm, W. (1970). Responsabilidade na comunicação de massa. Rio de Janeiro: Edições Bloch.
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L. & Jablonski, B. (2002). Psicologia social. Petrópolis: Vozes.
- Roqueplo, P. (1974). Le partage du savoir: Science, culture, vulgarisation. Paris: Seuil.
- Roso, A. (2000). Ideologia e relações de gênero: Um estudo de recepção das propagandas de prevenção da AIDS. Caderno de Saúde Pública, 16, 385-397.
- Rouquette, M. L. (1986). La comunicación de masas. Em S. Moscovici (Org.), Pensamiento y vida social (pp. 627-647). Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós, *Psicologia Social*, V. 2.
- Sá, C. P. (1996). Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes.
- Samagaia, R. R. (2003). Uma experiência com o projeto Manhattan no ensino fundamental: Interdisciplinaridade e ação em sala de aula. Dissertação de Mestrado. Universidade federal de Santa Catarina.
- Schiele, B. & Jacobi, D. (1989). La vulgarisation scientifique: Thème de recherche. Em D. Jacobi & B. Schile. (Orgs.), Vulgariser la science (pp. 12-46). Seyssel: Vallon.
- Schiele, B & Boucher, L. (2001). A exposição científica: Uma maneira de representar a ciência (L. Ulup, Trad.). Em D. Jodelet (Org.), As representações sociais (pp.363-378). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Schramm, W. (1969). Mecanismo de la comunicación. Em W. Schramm (Org.), Proceso y efectos de la comunicación coletiva (pp. 3-42). Quito – Equador: CIESPAL.
- Seidl de Moura, M. L. (1999). Interações sociais e seu papel no desenvolvimento: Uma contribuição ao estudo da gênese da atividade mediada. Tese não publicada apresentada para candidatura ao provimento de vaga de professor titular em Desenvolvimento Cognitivo do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Shamos, M. (1998). The lesson every child niece not learn. The Sciences, 28(4), 14-20.
- Silva, G. A. & Abrantes, V. L. M. (2004). Por detrás das luvas e máscaras: Representações das enfermeiras sobre a aids. Em L. F. R. Tura & A. S. P. Moreira (Orgs.), Saúde e representações sociais (pp. 97-128). João Pessoa: Editora Universitária.

- Slovic, P., Peers, E. (2006). Risk perception and affect. Association for psychological Science, 15(6), 322-325.
- Soares, M. (2001). A AIDS. São Paulo: Publifolha.
- Sontag, S. (1989). AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das letras.
- Souza, M. W. (1995). Recepção e comunicação: A busca do sujeito. Em M. W. Sousa (Org.), Sujeito, o lado oculto do receptor (pp. 13-38). São Paulo: Editora Brasiliense.
- Spink, M., Medrado, B., Menegon, V.M., Lyra, J. & Lima, H. (2001). A construção da AIDS-notícia. Caderno de Saúde Pública, 17(4), 951-876.
- Strasburger, V. C. (1999). Os adolescentes e a mídia: Impacto psicológico (D. Batista, Trad). Porto Alegre: Artmed.
- Tafari, E. (2001). Attitudes, engagement et dynamique des représentations sociales: études expérimentales [Resumo]. Revue Internationale de Psychologie Sociale, 14(1), 7-29.
- Tajfel, H. (1983). Grupos humanos e categorias sociais: estudos em psicologia social II. Lisboa: Livros Horizonte.
- Tamayo, A., Lima, A., Marques, J. & Martins, L. (2001). Prioridades axiológicas e uso de preservativo. Psicologia Reflexão e Crítica, 14(1), 167-175.
- Terrade e Meyer
- Thompson, J. (1990). Ideology and modern culture: Critical social theory in the era of mass communication. Cambridge: Polity Press.
- Tremblay, G. (1975-1976). Trois théories de communication. Bulletin de Psychologie, 321, 375-387.
- Tura, L. F. R. (1998). AIDS e estudantes: A estrutura das representações sociais. Em D. Jodelet & M. Madeira (Orgs.), AIDS e representações sociais: À busca de sentidos (pp. 121-154). Natal: EDUFRN.
- Tura, L. F. R. (2004). A aids: Repensado a prevenção. Em L. F. R. Tura & A. S. P. Moreira (Orgs.), Saúde e representações sociais (pp. 167-190). João Pessoa: Editora Universitária.
- Vala, J. (1993). Representações sociais: Para uma psicologia social do pensamento social. Em J. Vala & M. B Monteiro (Orgs.), Psicologia social (pp. 353-384). 2ª ed, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vergès, P. (2002). L'analyse de similitude de questionnaires et de donnees numeriques, SIMI2000. Aix em Provence: Manuel d'utilisateur.

- Vergès, P. ; Junique, C. ; Barbry, W. ; Scano, S. & Zeliger, R. (2002). Ensembles de programmes permettant l'analyse de similitude de questionnaires et de données numériques. Aix en Provence : Université Aix en Provence (Manual).
- Vergès, P. ; Scano, S. & Junique, C. (2002). Ensembles de programmes permettant l'analyse des evocations. Aix en Provence : Université Aix en Provence (Manual).
- Vogt, C. & Polino (2003). Percepção Pública da Ciência: Resultados da pesquisa na Argentina, Brasil, Espanha e Uruguai. Campinas: Ed. Unicamp.
- Wagner, W. (1995). A ciência e a sua representação. Psicologia e Práticas Sociais, 2, 5-22.
- Wagner, W. (1998). Sócio-genêse e características das representações. Em A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.), Estudos interdisciplinares de representação social (pp. 4-10). Goiânia: AB.
- White, R. A. (1998). Recepção: A abordagem de estudos culturais. Comunicação e Educação, 12, 57-76.
- Wolf, M. (1990). Mass-média et effets à lon terme: Quelques problèmes de recherche. Em L. Sfez & G. Coullée (Eds.), Technologies et symboliques de la communication (pp. 309-3318). Colloque de Cerisy: P. U. G.
- Wolf, M (1992). L'analyse de la reception et la recherche sur les médias. Hermes. Cognition, Communication, Politique, 11(12), 275-280.
- Wolf, M. (1999). Teorias da comunicação. Lisboa: Presença.
- Wright, C. (1968). A comunicação de massa. Rio de Janeiro: Eldorado.

Lista de Tabelas

Tabela 1- Distribuição do número de participantes em relação ao grupo e ao prazo.....	92
Tabela 2 - Delineamento do estudo.....	106
Tabela 3 – Namoro por grupo e sexo.....	112
Tabela 4 - Frequência de relações sexuais por grupo.....	113
Tabela 5 - Relação entre relação sexual e uso do preservativo.....	114
Tabela 6 - Distribuição de frequência e de resíduos padronizados da relação entre namoro e relação sexual com penetração nos últimos 12 meses	116
Tabela 7 – Frequência e análise de resíduos padronizados da relação entre grupo e percepção sobre o vídeo.....	121
Tabela 8 - Índices de evocação experimental e tempo.....	130
Tabela 9 - Estrutura das representações sociais de risco da aids Tempo 1 – Vcd.....	133
Tabela 10 - Estrutura das representações sociais de risco da aids Tempo 2- Vcd.....	133
Tabela 11 - Estrutura das representações sociais de risco da aids Tempo 1 – Vsd.....	137
Tabela 12 - Estrutura das representações sociais de risco da aids Tempo 2 – Vsd.....	137
Tabela 13 - Resultados da análise fatorial de correspondência referentes às modalidades das variáveis ativas.....	142
Tabela 14 - Coordenadas e Cossenos quadrados das variáveis ilustrativas.....	143
Tabela 15 - Análise de correspondências do Fator 1 (baseada em tabela palavras X modalidades).....	144
Tabela 16 - Análise de correspondências do Fator 2 (baseada em tabela palavras X modalidades).....	145
Tabela 17 - Análise de correspondências do Fator 2 (baseada em tabela palavras X modalidades).....	146
Tabela 18 - Frequência de participantes em relação ao grupo de pertença.....	155
Tabela 19 - Distribuição de frequência e de resíduos padronizados da relação entre namoro e relação sexual com penetração nos últimos 12 meses	158
Tabela 20 - Índices de evocação e Tempo.....	163
Tabela 21 - Estrutura das representações sociais de risco da aids Tempo 1 – CS.....	167
Tabela 22 - Estrutura das representações sociais de risco da aids Tempo 2 – CS.....	167
Tabela 23 - Resultados da análise fatorial de correspondência referentes às modalidades das variáveis ativas.....	170
Tabela 24 - Coordenadas e Cossenos quadrados das variáveis ilustrativas.....	171
Tabela 25 - Análise de correspondências do fator 1 (baseada em tabela palavras X modalidades).....	172
Tabela 26 - Análise de correspondências do fator 2 (baseada em tabela palavras X modalidades).....	173

Lista de Figuras	
Figura 1. Modelo funcionalista.....	46
Figura 2. Modelo interacionista.....	47
Figura 3. Percepção de risco dos estudantes em relação à população brasileira por tipo de grupo e tempo.....	108
Figura 4. Percepção de risco dos estudantes em relação aos amigos e conhecidos por tipo de grupo e tempo.....	109
Figura 5. Distribuição da frequência de participantes que indicaram as principais fontes de informação.....	118
Figura 6. Distribuição da frequência de participantes que indicaram fontes de informação em relação ao grupo.....	119
Figura 7. TCCHA em relação ao grupo e ao tempo.....	123
Figura 8. TCCHA em relação grupo, tempo e subteste.....	125
Figura 9. Gráfico do Tempo 1.....	134
Figura 10. Gráfico do Tempo 2.....	134
Figura 11. Gráfico do Tempo 1.....	139
Figura 12. Gráfico do Tempo 2.....	139
Figura 13. Representação gráfica dos resultados da análise de correspondências dos Fatores 1 e 2.....	147
Figura 14. Representação gráfica dos resultados da análise de correspondências dos Fatores 1 e 3.....	148
Figura 15. Percepção de risco dos estudantes em relação à população brasileira e aos amigos por tempo.....	156
Figura 16. Distribuição da frequência de participantes que indicaram as principais fontes de informação sobre a aids.....	159
Figura 17. TCCHA em relação ao tempo.....	166
Figura 18. TCCHA por subtestes em relação ao tempo.....	162
Figura 19. Gráfico do Tempo 1.....	168
Figura 20. Gráfico do Tempo 2.....	168
Figura 21. Representação gráfica dos primeiros dois fatores da análise de correspondências palavras X elementos.....	174
Figura 22. Esquema para Divulgação Científica da Aids.....	193

Lista de Quadros

Quadro 1 – Efeitos das variáveis sociodemográficas e psicossociais na percepção de risco	66
Quadro 2 - Etapas do caso simulado.....	101
Quadro 3 - Elementos da representação social de estudantes do ensino médio sobre o risco frente à aids.....	149
Quadro 4 - Elementos da representação social de estudantes sobre o risco da aids que sofrem influência da variável Tempo.....	175

Anexos

Anexo A

Pesquisa 1 – Vídeo Informativo

Tempo 1

O Laboratório de Psicologia da Comunicação (LACCOS) da UFSC deseja conhecer o que você pensa sobre a AIDS. Pedimos que responda as questões abaixo. Suas respostas são anônimas, jamais elas serão divulgadas individualmente. Não esqueça de responder todo o questionário, seguindo as instruções. Esta atividade é individual. **Em caso de dúvida chame a pessoa responsável que ela estará à disposição para esclarecimentos.** Quando você terminar, levante a mão que recolheremos seu questionário. Pedimos que permaneça em seu lugar, em silêncio, até que todos seus colegas tenham terminado. Aguarde instruções para a outra atividade.

1. Indique **todas** as iniciais do seu nome (*Ex: J. L. S. S. ao invés de José Luís dos Santos Silveira*):

2. Turno: Diurno () Noturno ()

3. Sexo: Feminino () Masculino ()

4. Idade: _____ anos.

5. Quais as cinco primeiras palavras que lhe vêm à cabeça quando você lê a expressão “risco frente a AIDS”?

1- _____

2- _____

3- _____

4- _____

5- _____

6. Indique as duas palavras que você considera mais importantes dentre as cinco que você listou acima:

_____ e _____

7. Quanto ao risco de ser contaminado (a) pelo vírus da Aids, em comparação a maior parte dos habitantes do Brasil você acha que corre: *(Marque a casa que mais corresponde a sua opinião)*

() muito menos risco () menos risco () mais risco () muito mais risco

8. Quanto ao risco de ser contaminado (a) pelo vírus da Aids, em comparação aos seus conhecidos (amigos, colegas....), você acha que corre: *(Marque a casa que mais corresponde a sua opinião)*

() muito menos risco () menos risco () mais risco () muito mais risco

9. Favor ler cada afirmação cuidadosamente e decidir se a afirmação é VERDADEIRA (V) ou FALSA (F), ou se você realmente não sabe (?) a resposta. **Favor colocar um “X” no quadro apropriado para cada item.**

A AIDS é uma doença que surge a partir da infecção pelo vírus HIV.	V	F	?
A AIDS é uma síndrome decorrente da deficiência no sistema imunológico.	V	F	?
O HIV não necessita do organismo humano como hospedeiro para sobreviver.	V	F	?
A infecção pelo vírus HIV, quando não controlada, pode causar uma deficiência imunológica generalizada nas pessoas.	V	F	?
O HIV não pode ser transmitido na primeira relação sexual com o parceiro.	V	F	?
Se houver um indivíduo infectado, o compartilhamento de agulhas ou seringas pode infectar os demais usuários.	V	F	?
A mãe soropositiva deve amamentar seu bebê porque sua carga viral não afetará a criança.	V	F	?
A saliva transmite o vírus HIV no beijo.	V	F	?
Os resultados positivos do teste de detecção do HIV, não significam que uma pessoa apresentará, em curto espaço de tempo, os sintomas da doença da AIDS.	V	F	?
No Brasil, o maior número de casos notificados da infecção pelo HIV é em indivíduos do sexo masculino.	V	F	?
Algumas semanas após a infecção pelo HIV, o indivíduo pode apresentar febre, dor de garganta, dores musculares e nas articulações, o que pode ser confundido com uma gripe forte.	V	F	?
O portador do vírus HIV muitas vezes não sabe que o contraiu, pois a infecção pode passar muitos anos sem manifestar sinal algum.	V	F	?
Os sintomas da AIDS (febre, manchas na pele, emagrecimento, diarreia) são resultado direto da infecção pelo vírus HIV.	V	F	?
O HIV pode agir diretamente no sistema nervoso central induzindo lesões neurológicas.	V	F	?
Os coquetéis inibem a multiplicação viral, mas não eliminam o vírus HIV do organismo.	V	F	?
Para que o tratamento seja mais eficaz, é recomendável iniciá-lo apenas quando o indivíduo já esteja com a maior parte dos sintomas da doença.	V	F	?
O uso correto da camisinha é a forma mais segura de prevenção contra a transmissão sexual de AIDS e DST.	V	F	?
As relações sexuais sem proteção e com penetração anal ou vaginal podem transmitir o vírus HIV.	V	F	?
O uso de seringas e agulhas descartáveis evitam a transmissão do vírus HIV.	V	F	?
Após acidente de trabalho com sangue contaminado, considerado de risco, é recomendado aos profissionais da saúde o uso de medicamentos anti-retrovirais para a prevenção da infecção.	V	F	?

O uso da medicação anti-retroviral na gestação diminui o risco de contaminação do bebê.	V	F	?
Na nossa legislação é exigido das gestantes o teste da AIDS durante o pré-natal.	V	F	?
O vírus HIV possui grande capacidade de mutação, o que dificulta produzir uma vacina eficaz.	V	F	?
O Brasil ainda não participa de pesquisas na busca de uma vacina contra a AIDS.	V	F	?

10. A seguir apresentamos algumas situações. Imagine-se em cada uma delas e marque com um "X" a casa que melhor corresponda ao que você sente. Não existem respostas certas ou erradas. O que nos interessa é o que você realmente acha. (Não esqueça de dar sua opinião em todas as frases e marcar somente uma resposta para cada frase).

	concordo totalmente	concordo	não concordo e nem discordo	discordo	discordo totalmente	não sei.
Quando a gente ama não tem vontade de usar o preservativo.						
Para mim o preservativo tornou-se um reflexo, é natural utilizá-lo.						
O preservativo tira a sensibilidade.						
Se eu encontrar alguém numa boate... na excitação eu poderei esquecer o preservativo						
O preservativo corta o barato						
Eu teria preocupação com o que ele (a) pensaria de mim caso eu propusesse usarmos preservativo.						
Depois das primeiras relações, quando a gente se conhece melhor, não é preciso utilizar preservativo.						
Eu sei que existe risco, mas às vezes pode ser que eu não me importe.						
Quando a gente escolhe bem nosso (a) parceiro (a) não precisa utilizar preservativo.						
Eu acho que é difícil colocar o preservativo.						
O preservativo nem sempre é seguro.						
Eu não sei o momento que se deve falar sobre o preservativo						

11. As informações que você tem sobre a AIDS foram obtidas: *(Você pode assinalar várias respostas ao mesmo tempo)*

- Jornais ()
- Revistas ()
- Escola ()
- Amigos ()
- Televisão ()
- Folhetos informativos ()
- Família ()
- Médicos e profissionais de saúde ()
- Outra maneira. ()

Especifique-a _____

12. Antes deste encontro, você participou de alguma atividade referente à AIDS?

Sim () Não ()

12.1. Se sim, qual? _____

13. Atualmente, você tem um(a) namorado(a)? Sim () Não ()

13.1. Se sim, há quanto tempo vocês estão juntos? _____

14. Você já teve uma relação sexual com penetração?

Nunca () Uma vez () Algumas () Muitas ()

15. Nos últimos 12 meses, você teve uma ou várias relações sexuais com penetração?

(Assinale somente a casa que corresponde ao seu caso)

Não..... ()

Sim, com a mesma pessoa..... ()

Sim, com mais de uma pessoa..... ()

15.1. Se sim, você utilizou em cada relação:

- Preservativo

() Sim () Não

- Pílula

() Sim () Não

Muito Obrigada pela sua participação!

Tempo 2

Para terminar, nós gostaríamos que você respondesse algumas questões sobre o vídeo que você assistiu. Não esqueça de preencher todo o questionário, seguindo as instruções. Esta atividade é individual. **Em caso de dúvida chame a pessoa responsável que ela estará à disposição para esclarecimentos.**

Você vai notar que, neste questionário, há perguntas iguais as do outro que você já respondeu. Pedimos que você responda-as novamente, pois às vezes mudamos de opinião. Quando você terminar, levante a mão que a pessoa responsável irá recolher o seu material. Sua colaboração é muito importante.

1. Indique **todas** as iniciais do seu nome (*Ex: J. L. S. S. ao invés de José Luís dos Santos Silveira*):

2. Turno: Diurno () Noturno ()

3. Sexo: Feminino () Masculino ()

4. Idade: _____ anos.

5. Quais as cinco primeiras palavras que lhe vêm à cabeça quando você ouve a palavra AIDS?

1- _____

2- _____

3- _____

4- _____

5- _____

6. Indique as duas palavras que você considera mais importantes dentre as cinco que você listou acima:

_____ e _____

7. Quanto ao risco de ser contaminado (a) pelo vírus da Aids, em comparação a maior parte dos habitantes do Brasil você acha que corre: (*Marque a casa que mais corresponde a sua opinião*)

() muito menos risco () menos risco () mais risco () muito mais risco

8. Quanto ao risco de ser contaminado (a) pelo vírus da Aids, em comparação aos seus conhecidos (amigos, colegas...), você acha que corre: (*Marque a casa que mais corresponde a sua opinião*)

() muito menos risco () menos risco () mais risco () muito mais risco

9. Favor ler cada afirmação cuidadosamente e decidir se a afirmação é VERDADEIRA (V) ou FALSA (F), ou se você realmente não sabe (?) a resposta. **Favor colocar um "X" no quadro apropriado para cada item.**

A AIDS é uma doença que surge a partir da infecção pelo vírus HIV.	V	F	?
A AIDS é uma síndrome decorrente da deficiência no sistema imunológico.	V	F	?
O HIV não necessita do organismo humano como hospedeiro para sobreviver.	V	F	?
A infecção pelo vírus HIV, quando não controlada, pode causar uma deficiência imunológica generalizada nas pessoas.	V	F	?
O HIV não pode ser transmitido na primeira relação sexual com o parceiro.	V	F	?
Se houver um indivíduo infectado, o compartilhamento de agulhas ou seringas pode infectar os demais usuários.	V	F	?
A mãe soropositiva deve amamentar seu bebê porque sua carga viral não afetará a criança.	V	F	?
A saliva transmite o vírus HIV no beijo.	V	F	?
Os resultados positivos do teste de detecção do HIV, não significam que uma pessoa apresentará, em curto espaço de tempo, os sintomas da doença da AIDS.	V	F	?
No Brasil, o maior número de casos notificados da infecção pelo HIV é em indivíduos do sexo masculino.	V	F	?
Algumas semanas após a infecção pelo HIV, o indivíduo pode apresentar febre, dor de garganta, dores musculares e nas articulações, o que pode ser confundido com uma gripe forte.	V	F	?
O portador do vírus HIV muitas vezes não sabe que o contraiu, pois a infecção pode passar muitos anos sem manifestar sinal algum.	V	F	?
Os sintomas da AIDS (febre, manchas na pele, emagrecimento, diarreia) são resultado direto da infecção pelo vírus HIV.	V	F	?
O HIV pode agir diretamente no sistema nervoso central induzindo lesões neurológicas.	V	F	?
Os coquetéis inibem a multiplicação viral, mas não eliminam o vírus HIV do organismo.	V	F	?
Para que o tratamento seja mais eficaz, é recomendável iniciá-lo apenas quando o indivíduo já esteja com a maior parte dos sintomas da doença.	V	F	?
O uso correto da camisinha é a forma mais segura de prevenção contra a transmissão sexual de AIDS e DST.	V	F	?
As relações sexuais sem proteção e com penetração anal ou vaginal podem transmitir o vírus HIV.	V	F	?
O uso de seringas e agulhas descartáveis evitam a transmissão do vírus HIV.	V	F	?
Após acidente de trabalho com sangue contaminado, considerado de risco, é recomendado aos profissionais da saúde o uso de medicamentos anti-retrovirais para a prevenção da infecção.	V	F	?

O uso da medicação anti-retroviral na gestação diminui o risco de contaminação do bebê.	V	F	?
Na nossa legislação é exigido das gestantes o teste da AIDS durante o pré-natal.	V	F	?
O vírus HIV possui grande capacidade de mutação, o que dificulta produzir uma vacina eficaz.	V	F	?
O Brasil ainda não participa de pesquisas na busca de uma vacina contra a AIDS.	V	F	?

10. A seguir apresentamos algumas situações. Imagine-se em cada uma delas e marque com um "X" a casa que melhor corresponda ao que você sente. Não existem respostas certas ou erradas. O que nos interessa é o que você realmente acha. (Não esqueça de dar sua opinião em todas as frases e marcar somente uma resposta para cada frase).

Quando a gente ama não tem vontade de usar o preservativo.	concordo totalmente	concordo	não concordo e nem discordo	discordo	discordo totalmente	não sei.
Para mim o preservativo tornou-se um reflexo, é natural utilizá-lo.						
O preservativo tira a sensibilidade.						
Se eu encontrar alguém numa boate... na excitação eu poderei esquecer o preservativo						
O preservativo corta o barato						
Eu teria preocupação com o que ele (a) pensaria de mim caso eu propusesse usarmos preservativo.						
Depois das primeiras relações, quando a gente se conhece melhor, não é preciso utilizar preservativo.						
Eu sei que existe risco, mas às vezes pode ser que eu não me importe.						
Quando a gente escolhe bem nosso (a) parceiro (a) não precisa utilizar preservativo.						
Eu acho que é difícil colocar o preservativo.						
O preservativo nem sempre é seguro.						
Eu não sei o momento que se deve falar sobre o preservativo						

11. O que você achou do vídeo?

Gostei muito () Gostei () Gostei um pouco () Não gostei ()

12. Qual parte do trabalho que você mais gostou? _____

13. Você já sabia sobre as informações divulgadas no vídeo?

Tudo () A maior parte () Metade () A menor parte () Nada ()

14. O quanto você entendeu do vídeo?

Tudo () A maior parte () Metade () A menor parte () Nada ()

15. Durante o tempo entre nosso primeiro encontro e hoje, você participou de outra atividade que teve como assunto a AIDS?

Sim () Não ()

15.1. Se sim, qual? _____

Muito Obrigada pela sua participação!

Gabarito do Teste

A AIDS é uma doença que surge a partir da infecção pelo vírus HIV.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
A AIDS é uma síndrome decorrente da deficiência no sistema imunológico.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
O HIV não necessita do organismo humano como hospedeiro para sobreviver.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	?
A infecção pelo vírus HIV, quando não controlada, pode causar uma deficiência imunológica generalizada nas pessoas.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
O HIV não pode ser transmitido na primeira relação sexual com o parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	?
Se houver um indivíduo infectado, o compartilhamento de agulhas ou seringas pode infectar os demais usuários.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
A mãe soropositiva deve amamentar seu bebê porque sua carga viral não afetará a criança.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	?
A saliva transmite o vírus HIV no beijo.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	?
Os resultados positivos do teste de detecção do HIV, não significam que uma pessoa apresentará, em curto espaço de tempo, os sintomas da doença da AIDS.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
No Brasil, o maior número de casos notificados da infecção pelo HIV é em indivíduos do sexo masculino.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
Algumas semanas após a infecção pelo HIV, o indivíduo pode apresentar febre, dor de garganta, dores musculares e nas articulações, o que pode ser confundido com uma gripe forte.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
O portador do vírus HIV muitas vezes não sabe que o contraiu, pois a infecção pode passar muitos anos sem manifestar sinal algum.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
Os sintomas da AIDS (febre, manchas na pele, emagrecimento, diarreia) são resultado direto da infecção pelo vírus HIV.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	?
O HIV pode agir diretamente no sistema nervoso central induzindo lesões neurológicas.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
Os coquetéis inibem a multiplicação viral, mas não eliminam o vírus HIV do organismo.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
Para que o tratamento seja mais eficaz, é recomendável iniciá-lo apenas quando o indivíduo já esteja com a maior parte dos sintomas da doença.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	?
O uso correto da camisinha é a forma mais segura de prevenção contra a transmissão sexual de AIDS e DST.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
As relações sexuais sem proteção e com penetração anal ou vaginal podem transmitir o vírus HIV.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
O uso de seringas e agulhas descartáveis evitam a transmissão do vírus HIV.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
Após acidente de trabalho com sangue contaminado, considerado de risco, é recomendado aos profissionais da saúde o uso de medicamentos anti-retrovirais para a prevenção da infecção.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
O uso da medicação anti-retroviral na gestação diminui o risco de contaminação do bebê.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
Na nossa legislação é exigido das gestantes o teste da Aids durante o pré-natal.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	?
O vírus HIV possui grande capacidade de mutação, o que dificulta produzir uma vacina eficaz.	<input checked="" type="checkbox"/>	F	?
O Brasil ainda não participa de pesquisas na busca de uma vacina contra a AIDS.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	?

Anexo B

Roteiro da entrevista com os especialistas

- O que é HIV? O que é Aids? Qual a diferença de ser soropositivo e ter Aids (doenças oportunistas)?

- O que acontece no organismo quando o um indivíduo é infectado?

* Primeira reação do sistema imunológico – primo-infecção;

* Incubação;

* Desenvolvimento da Aids;

- Por que a Aids não tem cura?

- Como o vírus é detectado no organismo (janela imunológica);

- O teste é obrigatório para gestantes?

- Como se distribuem os casos de Aids no Brasil?

- Qual é a situação da epidemia da Aids no mundo e no Brasil?

- Existe vacina preventiva contra a Aids? Por que é difícil desenvolver uma vacina preventiva?

- Como o vírus pode ser transmitido? (que trocas de fluídos transmitem e quais não transmitem o vírus, e o por quê).

- Vertical;
- Sexual;
- Contato com sangue contaminado (drogas, transfusão, acidente de trabalho);
- Não transmite por saliva, suor, beijo e abraço (pela concentração viral).

- Como evitar a contaminação?

- preservativo;
- prevenção da contaminação na gestação com medicamentos;
- não compartilhamento de agulhas e seringas.

LACCOS
APRESENTA

O RISCO DA AIDIS NA ADOLESCÊNCIA

DIREÇÃO
Andréa Barbará
Raquel Bohn Bertoldo

RESPONSÁVEL CIENTÍFICO PELO PROJETO
Brigido Vizeu Camargo

ROTEIRO
Estudantes do Instituto Estadual de Educação

IMAGENS
Andréa Barbará
Raquel Bohn Bertoldo
João Fernando Rech Wachelke

EDIÇÃO E FINALIZAÇÃO
Armando Brose

PRODUÇÃO
Laboratório de Psicossociologia
da Comunicação e Cognição
Social - LACCOS

APOIO
Conselho Nacional de
Desenvolvimento Científico e
Tecnológico - CNPq

DESIGN - CAPA
Luiz Wachelke

O RISCO DA AIDIS NA ADOLESCÊNCIA

DURAÇÃO: 20 MINUTOS

Narrativa do Filme – O risco da Aids na Adolescência

A história que vamos contar é de uma garota, como tantas outras, com sonhos, desejos e expectativas frente à vida que começam agora a experimentar, quando começam a sentir o sabor da liberdade.

Meu nome é Ana, tenho 17 anos, e uma estória para contar... para tentar ajuda-las a não passar pelo que passo e o que eu passei...

Minha prima estava fazendo 15 anos e deu uma festa... foi muito massa, conheci um carinha que era três anos mais velho do que eu, tava babando por ele, ele era lindo, acabei ficando com ele trocamos telefone – o nome dele era Bernardo.... (Skank -> vou deixar...)

Uns dois dias depois ele me ligou, encheu a minha bola, foi muito fofo... perguntei por que ele não me ligou antes, e ele respondeu que ficou com medo de levar um fora, mesmo assim marcamos um encontro para o dia seguinte.

No dia do encontro tava tão nervosa, não sabia com que roupa ir, se colocava uma roupa casual ou formal, enfim, estava ansiosa pelo que ele ia achar de mim... Ele veio me pegar em casa e meu pai tava na sala, assim acabei os apresentando, “que mico”. Saímos para um barzinho, conversamos bastante, foi muito bom...

Quando ele foi me deixar em casa, acabou me pedindo em namoro, eu joguei um charme e disse que ligava amanhã, “mas é claro que eu estava louca para dizer sim”.

Fiquei o dia seguinte inteiro grudada no telefone esperando ele me ligar... mas passou o dia e ele não me ligou.

Passaram-se os dias e nem sinal dele, todos diziam para eu telefonar, só que sei lá, tava com receio.

Enfim, acabei tomando coragem e liguei, quando ele atendeu fiquei sem fala:

- Alô? Alô? Quem está falando?

-Bernardo, sou eu, Ana.

- Oi gatinha como você está?

- Estou bem e você?

- Estou mais ou menos.

- Por quê?

- Ah problemas de familiares, por isso que eu não te liguei antes. E aí, você já tem a resposta para a minha pergunta?

- Que pergunta?(estava jogando charme)

- Ah... você sabe! Tá bom vou perguntar novamente, você quer namorar comigo?

- Pensando bem...

Não precisa mais responder!

- Por quê?

- porque esse pensando bem... Não me cheirou bem!

- Pow, eu não terminei! Pensando bem... Aceito.

- Nossa, tenho pensado tanto em você... Não imagina como estou feliz... (All the small things -> Blink 182)

A partir dali o nosso namoro foi de vento em polpa.

Depois de 10 meses, eu já estava com segundas intenções com o Bernardo... tava rolando uns amassos que tava difícil de segurar. Não sei se já comentei, mas sou ainda virgem, o Bernardo tava tentando há um tempão, mas eu tinha medo. Mas naquele dia eu estava decidida que ia rolar.

Enfim, foi tudo ótimo, ele foi super carinhoso comigo, foi tudo natural.

Depois de 5 meses, comecei a passar mal, com muita dor na barriga... fui às pressas ao hospital com suspeita de apendicite. Fiquei em observação e os médicos pediram vários exames e me perguntaram se eu queria fazer o teste do HIV... logo depois eu fui operada, tiraram o meu apêndice, tudo deveria estar normal, mas senti o clima meio estranho... logo veio a médica falar comigo:

(narrar diálogo feito no hospital, gravado na fita).

E agora? O que ia ser da minha vida? Pensei muito depois disso, e a primeira coisa que me ocorreu foi que o Bernardo também deveria ter, afinal, ele foi a única pessoa que eu tinha tido relação.

Duas semanas depois, veio o resultado do teste do Bernardo, e ele ficou sabendo que também tinha o vírus da Aids... Suspeitamos que ele pegou de uma ex-namorada que também tem o vírus e já estava em tratamento.

Os meses que se seguiram foram os piores de nossas vidas; seguimos o tratamento à risca, mas eu estou muito fraca... o Bernardo está bem melhor do que eu. Nosso namoro deu uma balançada com tudo isso, mas agora tá melhorando, passamos da cobrança, da lamentação, à solidariedade, à parceria.

A minha família vê ele como o vilão da estória, mas a responsabilidade foi nossa, porque ele, com a outra namorada, e eu com ele, não nos prevenimos, não usamos nenhum tipo de preservativo, confiávamos um no outro, aliás, nem ele sabia que estava infectado.

Hoje, passados anos convivendo com o vírus, eu já estou bem melhor, só pensamos em nos cuidar para ter qualidade de vida, pois é perfeitamente possível ter uma vida normal sendo portador do vírus. Como vocês podem perceber, ainda estamos namorando, quer dizer estamos noivos. No fim, toda essa experiência nos ajudou a dar mais valor ainda à vida, aproveitar cada momento nas coisas mais simples com as pessoas que amamos.

Anexo C – Vídeo Informativo

Protocolo de Pesquisa

Título

Representações Sociais e Divulgação do Conhecimento Científico sobre o HIV/Aids

Responsável

Prof. Dr. Brigido Vizeu Camargo – LACCOS/UFSC

Pesquisadora Responsável

Ms. Andréa Barbará

Resumo

Este projeto de pesquisa trata da prevenção da transmissão do vírus HIV por meio da divulgação de conhecimentos científicos sobre o HIV/Aids. O foco de atenção é o adolescente do ensino médio. O objetivo é investigar o efeito de diferentes meios de divulgação do conhecimento científico sobre o HIV/aids nas representações sociais, conhecimento e atitudes frente ao preservativo. O estudo refere-se à visualização de vídeo educativo, que busca por meio da avaliação da interação dos participantes com material de vídeo, analisar a recepção de conhecimentos científicos sobre o HIV/Aids e oferecer um dispositivo de informação adequado aos adolescentes que cursam o ensino médio.

Procedimento da Pesquisa de Campo

Contato com o Estabelecimento

O responsável pela pesquisa fará contato com a direção de ensino participante, previamente selecionada, solicitando autorização para a realização da pesquisa, fornecendo o protocolo e os instrumentos da mesma, e explicando eventuais dúvidas.

Seleção das Turmas

Necessita-se de 360 alunos do 2º ano do ensino médio, ou seja, 9 turmas com aproximadamente 40 alunos cada. Seria desejável que as turmas não tivessem passado por nenhuma intervenção educativa sobre o tema.

Aplicação de Instrumentos e Atividades de Pesquisa

A coleta de dados do estudo será conduzida por uma pesquisadora especialmente treinada para tal fim. Serão realizados dois encontros com cada turma e em dias diferentes, num intervalo de 7 dias entre eles.

Os instrumentos a serem empregados no estudo A são: dois questionários estruturados e auto-administrados e um vídeo educativo sobre o HIV/ Aids.

1) Primeira semana (2 aulas):

As turmas selecionadas serão divididas em dois grupos:

Grupo 1 – estudantes assistirão ao vídeo e logo após serão divididos em 6 grupos (em média 6 alunos por grupos) e participarão de uma discussão sobre o tema (120 estudantes – 3 turmas).

Atividade	Tempo (min.)
Aplicação do questionário	40
Visualização do Vídeo	20
Discussão grupal	15
Enceramento da atividade	15
Total	90

Grupo 2 – estudantes que assistirão ao vídeo e não participarão da discussão em grupo (120 estudantes).

Atividade	Tempo (min.)
Aplicação do questionário	40
Visualização do Vídeo	20
Total	60

2) Segunda semana (1 aula):

O segundo encontro envolverá as seguintes etapas para os dois grupos que participarão da pesquisa: re-aplicação do questionário e realização de uma técnica conhecida como dessensibilização, que consiste em uma conversa informal com os estudantes com o intuito de esclarecer as dúvidas, divulgar e explicar as respostas corretas do teste de conhecimento científico, bem como informar sobre os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA's). Estima-se que a duração deste encontro seja de aproximadamente 50 minutos.

Atividade	Tempo (min.)
Aplicação do questionário	40
Dúvidas e esclarecimentos	5
Total	45

Divulgação dos Resultados

Cuidados com os Dados

Os questionários, serão agrupados por turmas, sexo do participante e turno de estudo. As respostas serão codificadas ou transcritas para uma base de dados informática e os questionários serão incinerados. Este procedimento garantirá o anonimato de todos os participantes. A análise dos dados não identificará os alunos.

Fornecimento de relatório técnico

Ao final da execução do projeto de pesquisa, a equipe responsável se compromete a fornecer, sob a forma de relatório técnico, os resultados gerais encontrados no estudo.

Anexo D

Questionário Caso simulado

Tempo 2

Para terminar, nós gostaríamos que você respondesse algumas questões sobre o caso simulado que você participou. Não esqueça de preencher todo o questionário, seguindo as instruções. Esta atividade é individual. **Em caso de dúvida chame a pessoa responsável que ela estará à disposição para esclarecimentos.**

Você vai notar que, neste questionário, há perguntas iguais as do outro que você já respondeu. Pedimos que você responda-as novamente, pois às vezes mudamos de opinião. Quando você terminar, levante a mão que a pessoa responsável irá recolher o seu material. Sua colaboração é muito importante.

11. O que você achou de participar do caso simulado?

Gostei muito () Gostei () Gostei um pouco () Não gostei ()

12. Qual parte do trabalho que você mais gostou? _____

13. Qual grupo você participou?

Conferência () Saúde Pública () Laboratórios () Doenças Infecciosas ()
ONG ()

14. Você já sabia sobre as informações do material que lhe foi entregue no nosso primeiro e segundo encontro?

Tudo () A maior parte () Metade () A menor parte () Nada ()

15. Durante o tempo entre nosso primeiro encontro e hoje, você participou de outra atividade que teve como assunto a Aids?

Sim () Não ()

15.1. Se sim, qual? _____

Muito Obrigada pela sua participação!

Anexo E – protocolo estudo B

Protocolo de Pesquisa

Título

Representações Sociais e Divulgação do Conhecimento Científico sobre o HIV/Aids

Responsável

Prof. Dr. Brigido Vizeu Camargo – LACCOS/UFSC

Equipe

Ms. Andréa Barbará

Resumo

Este projeto de pesquisa trata da prevenção da transmissão do vírus HIV por meio da divulgação de conhecimentos científicos sobre o HIV/Aids. O foco de atenção é o adolescente do ensino médio. O objetivo é investigar o efeito de diferentes meios de divulgação do conhecimento científico sobre o HIV/aids nas representações sociais, conhecimento e atitudes frente ao preservativo. Trata-se de um “caso simulado” sobre o assunto, que busca através de uma dinâmica de grupo, trabalhar temas pertinentes sobre a aids.

Procedimento da Pesquisa de Campo

Contato com o Estabelecimento

O responsável pela pesquisa fará contato com a direção de ensino participante, previamente selecionada, solicitando autorização para a realização da pesquisa, fornecendo o protocolo e os instrumentos da mesma, e explicando eventuais dúvidas.

Seleção das Turmas

Necessita-se de 120 alunos do 2º ano do ensino médio, ou seja, 4 turmas com aproximadamente 30 alunos cada. Seria desejável que as turmas não tivessem passado por nenhuma intervenção educativa sobre o tema. Os alunos serão divididos:

Aplicação de Instrumentos e Atividades de Pesquisa

- Caso Simulado (3 turmas):

O trabalho com as turmas será realizado por dois pesquisadores treinados para tal fim e por um professor responsável da instituição. A presença do professor é indispensável para que o trabalho seja realizado na sala de aula como uma atividade pedagógica da escola.

Serão realizados três encontros com cada turma e em dias diferentes, num intervalo de 5 a 7 dias entre eles.

1) Primeira semana (2 aulas):

No primeiro encontro, inicialmente, será aplicado um questionário prévio sobre o tema, e após será apresentado às instruções para o “caso simulado”, bem como a divisão dos alunos em cinco sub-grupos e entrega do material informativo.

Atividade	Tempo (min.)
Aplicação do questionário	40
Apresentação e sensibilização ao tema	15
Divisão dos alunos em 5 grupos	5
Distribuição do material	5
Leitura do material	15
Dúvidas e esclarecimentos	10
Total	90

2) Segunda semana (2 aulas):

No segundo encontro os alunos trabalharão em sala de aula divididos em grupos, onde farão pesquisas sobre o tema e prepararão uma apresentação oral para o próximo encontro. Duração 90 minutos.

3) Terceira Semana (3 aulas):

No terceiro encontro, as pesquisadoras voltarão à escola, para a apresentação oral dos grupos, re-aplicação do questionário e encerramento das atividades com esclarecimentos de dúvidas suscitadas pelos alunos.

Atividade	Tempo (min)
Instruções para apresentação	5
Apresentação dos grupos (7 min. cada)	45
Encerramento	15
Re-aplicação do questionário	40
Duvidas e esclarecimentos	15
Total	120

Divulgação dos Resultados

Cuidados com os Dados

Os questionários, serão agrupados por turmas, sexo do participante e turno de estudo. As respostas serão codificadas ou transcritas para uma base de dados informática e os questionários serão incinerados. Este procedimento garantirá o anonimato de todos os participantes. A análise dos dados não identificará os alunos.

Fornecimento de relatório técnico

Ao final da execução do projeto de pesquisa, a equipe responsável se compromete a fornecer, sob a forma de relatório técnico, os resultados gerais encontrados no estudo.

Anexo F

Material Case simulado

Notícia Fictícia



CIÊNCIA



As melhores informações sobre empregos. Inclusive onde conseguir um.

Em cima da hora

[Brasil](#)
[Mundo](#)
[Dinheiro](#)
[Cotidiano](#)
[Esporte](#)
[Ilustrada](#)
[Informática](#)
[Ciência](#)
[Educação](#)
[Galeria](#)
[Manchetes](#)
[Especiais](#)
[Erramos](#)

BUSCA

Buscar

CANAIS

[Almanaque](#)
[Ambiente](#)
[Em Ação](#)
[Equilíbrio](#)
[FolhaNews](#)
[Folhinha Online](#)
[Fovest](#)
[Guia da Folha](#)
[Horóscopo](#)
[Ooops!](#)
[Pensata](#)
[Sinapse](#)
[Turismo](#)

SERVIÇOS

[A cidade é sua](#)
[Arquivos Folha](#)
[Banking](#)
[Classificados](#)
[Fale com a gente](#)
[Folha Online Móvel](#)
[FolhaShop](#)
[Loterias](#)
[Mapas](#)
[Sobre o site](#)
[Tempo](#)

JORNALS E REVISTAS

[Folha de S.Paulo](#)
[Revista da Folha](#)
[Agora SP](#)
[Alô Negócios](#)

XML

[O que é isso?](#)

22/08/2006 - 06h41

[Expectativa mundial ante a notícia mais esperada.](#)

Já está preparada uma vacina que poderá terminar com a AIDS

“AIDS-2006” é o nome com que as empresas farmacêuticas têm batizado a sua nova vacina contra a AIDS. “As provas preliminares, realizadas em animais e em pequenos grupos de voluntários, têm resultados muito satisfatórios. Os laboratórios de nossa corporação preparam já os primeiros ensaios em grande escala com esta vacina em humanos”. Com estas otimistas palavras informava ontem a notícia, o presidente da Corporação de laboratórios para o Projeto AIDS-2006, grupo de empresas pioneiras na aplicação da engenharia genética no desenvolvimento de novas terapias contra enfermidade infecciosas. “Só falta que a conferência Internacional para a luta contra a AIDS aprove novos planos para a aplicação desta vacina a milhares de pessoas em todo o mundo”, declarou otimista o presidente da corporação. Trata-se de um último ensaio experimental para comprovar que a vacina é eficaz e que pode ser comercializada em vários países. O parecer, para validar a eficácia dessa nova vacina será necessário à aplicação experimental a várias pessoas. Entre as pessoas que receberão esta vacina terá que ter uma alta percentagem de crianças menores de três anos, já que é antes dessa idade quando se considera que a vacina pode ser de maior utilidade. E, em caso que a experiência resulte em êxito, se recomendará à inclusão de AIDS-2006 nos protocolos internacionais sobre vacinação infantil.

Especial

- [Leia o que já foi publicado sobre o fenômeno El Niño](#)
- [Leia mais notícias e fique por dentro do Ambiente](#)

DESTAQUES

Admirável genética: [Pai do teste de DNA teme discriminação](#)

Farmacogenética: [Estudo busca terapia sob encomenda](#)

Antropologia: [Nova consulta de México pode ter 12 mil](#)



Comunicar erros
Comunicar erros



[Enviar por e-mail](#) [Enviar por e-mail](#)



CLASSIFICADOS
MAIS
PODEROSOS.

CURSOS ON-LINE

[EnglishTown](#)
[Deutsche Welle](#)

Sobre o caso simulado

Organização da controvérsia simulada

O caso que se propõe consistiria em uma controvérsia publica em torno da aprovação ou não da pesquisa em milhares de pessoas de uma vacina experimental contra a aids. A vacina, desenvolvida por empresas européias e norte americanas, já haviam ultrapassado os estudos prévios e se trataria de submeter a nível II os estudos experimentais antes de estabelecer sua comercialização. O problema se estabelece porque os estudos devem afetar muitas crianças menores de três anos e prevendo possíveis resistências que se dariam em países desenvolvidos, as empresas farmacêuticas propõem que a pesquisa se desenvolva na África. Outro fator relevante seria o fato de que existe a possibilidade de que, longe de imunizar contra o vírus, a vacina pode servir em certo numero de casos como um mecanismo que acelere a manifestação da enfermidade uma vez que produzido o contágio. O estudo experimental serviria precisamente para quantificar este possível efeito e considerar a viabilidade de sua aplicação geral nos aspectos que devem ser melhorados.

A discussão deverá ser concluída a partir de debates envolvendo todos os atores sociais e a decisão de proibir ou não proibir e como proceder com as conseqüências da decisão. A própria natureza do problema, a controvérsia teria uma dimensão internacional e os atores que estariam presentes na mesma seriam os seguintes:

Conferência Internacional sobre a AIDS: É um grupo de trabalho com a tarefa de organizar a conferência onde deverá ser debatida a aprovação ou não da pesquisa. Um comitê que prepararia a reunião e decidiria a polêmica. Este grupo é, portanto, o mediador e moderador da controvérsia.

Corporação de Laboratórios para o projeto AIDS – 2006: Se trata do conjunto de empresas farmacêuticas cuja investigação há dado como resultado a preparação da nova vacina que deverá ser chamada de AIDS-2006. Seus planos são passar para a fase III das pesquisas e preparar o quanto antes à comercialização do produto. Para realizar as pesquisas precisam contar com a aprovação da conferencia internacional sobre a aids, e estão preparando argumentos que destacam os benefícios sociais e a urgência de contar com uma vacina efetiva contra o HIV.

Departamento Sanitário: Se trata dos ministérios, os departamentos governamentais que, em cada país, tenham a responsabilidade sobre a saúde pública. A maioria deles de forma aberta está a favor do desenvolvimento dos planos experimentais das empresas farmacêuticas. Razões econômicas (os tratamentos habituais contra a aids são muito caros), políticas (a opinião pública veria com maus olhos que seus governos se opusessem experimentos que poderiam ser tão importantes) ou de outro tipo (as companhias de seguros pressionam para que se facilite o desenvolvimento da nova vacina e, com isso, diminuir suas perdas) fazem que muito governos (especialmente os Estados Unidos e os países desenvolvidos) estejam a favor dos planos das empresas. Os países ricos se beneficiariam da nova vacina, enquanto que teriam que assumir os riscos sociais de sua experimentais, pois se realizariam em países mais pobres da África.

Comitê de Investigações sobre Enfermidades Infecciosas: São um conjunto de médicos de diferentes países que estão contra os processos de investigação sobre uma enfermidade tão complexa como a aids se acelerem por pressões públicas ou econômicas sem considerar adequadamente os riscos e as incertezas presentes na pesquisa. Para isso, a nova vacina não está ainda suficientemente desenvolvida para preceder a uma pesquisa mássica em humanos. Parece para eles, muito imoral, já que se realizará em crianças menores de três anos dos países de terceiro mundo podem ser submetidas a um risco desnecessário que, segundo eles, não seria aceito caso se se trata de crianças dos países mais desenvolvidos. Consideram que a pesquisas científicas deva estar submetida a critérios éticos mais restritos que, segundo eles, não se nesta proposta de pesquisa.

Organização Não Governamental (ONG) “Prevenção e Solidariedade”: Se trataria de atores sociais distintos daqueles movidos por interesses econômicos (as empresas farmacêuticas), políticos (os governos) ou de investigação (o comitê de investigação contraria a pesquisa). Compartilham com esses últimos sua oposição ao projeto das empresas farmacêuticas, mas as razões de sua oposição são mais ideológicas do que científicas. Para os membros da Prevenção e Solidariedade, luta contra esta enfermidade e acredita que a aids deve ser enforcada como um problema médico e estabelece que seria melhor combater-na na educação e nos valores humanos. Deve ser bem conhecidas as vias de contágio, propõem o uso dos meios que impedem (não compartilhar seringas e preservativos) sem modificar o modo de vida das pessoas. Os investimentos em

educação e em programas comunitários de ajuda os parecem mais adequados que as dirigidas a realizar novos experimentos arriscados sobre uma enfermidade que a ciência não sabe prevenir.

Desenvolvimento das atividades

A simulação escolar consistiria em que alunos e alunas preparassem por equipes informes documentados sobre o tema objeto de controvérsia sob o ponto de vista de cada um dos atores descritos. Haveria na classe, portanto, um número de equipes que poderia oscilar entre um mínimo de cinco (os atores descritos acima) e um máximo de sete, em função do número de alunos que compõem o grupo. Para chegar até sete equipes, poder-se-ia desdobrar os atores correspondentes ao Departamento Sanitário (distinguindo as posturas dos Estados Unidos e do próprio país, por exemplo) e as Organizações não-governamentais. Seria recomendável que cada equipe fosse por um número mínimo de três membros e máximo de seis, sendo recomendáveis equipes compostas por quatro pessoas. De forma separada e com a discrição necessária, cada equipe iria documentando e desenvolvendo sua posição. Para isso, deverá analisar a informação fornecida ao começar a atividade e desenvolvê-la buscando novos dados em favor de sua postura.

Guia do aluno



Instruções

A atividade que vamos realizar consiste na simulação de um debate sobre um problema técnico-científico polêmico, com importantes incidências sociais. Trata-se de um caso simulado, por isso, podemos ser mais criativos e defender com mais intensidade os argumentos possíveis. Vamos supor, que alguns laboratórios pertencentes a uma corporação de empresas farmacêuticas tenham anunciado uma notícia esperançosa: a obtenção de um produto chamado AIDS – 2006, uma vacina que poderia ser eficaz contra a AIDS. A primeira vista a notícia não pode ser mais positiva. Uma das enfermidades mais temidas do século XX pode ser evitada, mas imediatamente surgem algumas dúvidas sobre o assunto.

Os laboratórios devem testar os efeitos de sua vacina em milhares de pessoas antes de poder comercializá-la. O problema é que alguns deles não poderiam dar pessoalmente sua autorização ao experimento: trata-se de milhares de crianças menores de três anos com quem deverá de ser o experimento. Por outro lado, parece que não existe segurança completa de que a vacina seja totalmente eficaz. Inclusive, se diz que podem existir casos em que a administração da vacina, ao invés de proteger do vírus, pode agravar a enfermidade em caso de infecção. Seguramente este fato, fará com que as famílias dos países mais desenvolvidos decidam não participar de um experimento que poderá possuir um risco para a saúde dos seus filhos. Por isso, as empresas farmacêuticas têm planejado que a experiência se realize em crianças dos países africanos, que a enfermidade está mais estendida. Acreditam que para tais crianças, a probabilidade de êxito do remédio pode compensar os riscos de que o experimento não faça bem para algumas. Por outro lado, como a participação do experimento será compensada economicamente, é sem dúvida, que esta motivação será mais efetiva nesses países que nos mais ricos.

A polêmica está instaurada. Para alguns, o começo do experimento com a citada vacina é urgente, já para outros grupos, negam que se implante esta forma de experimentação e

pensam que se deve impedir imediatamente seu começo. A importância do assunto e o grau de interesses, bem como a preocupação com que está sendo divulgado pela opinião pública, têm feito com que em poucas semanas haja uma reunião internacional de alto nível, para decidir o que se deve fazer. Nesta reunião, serão discutidos os diversos aspectos e implicações sobre o tema.

E este será, precisamente, o objetivo do nosso trabalho, simular a preparação da reunião e decidir a aprovação ou não (e baseado em que condições) dos ensaios experimentais com a nova vacina.

Vamos simular os argumentos a favor e contra a citada proposta por parte de cada um dos atores implicados na controvérsia. Formaremos, para isso, cinco equipes de trabalho que representam a classe dos distintos protagonistas desta polêmica:



6. **Conferência Internacional sobre a AIDS:** organização internacional dependente da Organização Mundial da Saúde (OMS), dedicada a avaliar e regular todos os aspectos relativos à investigação e aplicação de terapias contra a enfermidade. Um comitê que prepararia a reunião e decidiria a polêmica.



7. **Corporação de Laboratórios para o projeto AIDS – 2006:** conjunto de empresas farmacêuticas presentes na investigação contra o HIV, que afirmam haver conseguido uma vacina eficaz e que planejam sua aplicação em humanos, num experimento em que deveria participar milhares de pessoas, uma boa parte deles crianças pequenas.



8. **Departamento de Saúde Pública:** departamentos de diferentes países que tem o principal interesse que este tipo de experimento, consiga o quanto antes um êxito definitivo na luta contra uma enfermidade, que preocupa muito a opinião pública. Sua postura é, majoritariamente, favorável para que se

realizem os ensaios, ainda que haja variações nas posturas de diferentes governos.



9. **Comitê de Investigações sobre Enfermidades Infecciosas:** Um grande grupo de cientistas de distintos países, que se opõem aos planos de começar os experimentos com a nova vacina. Segundo eles, o estado da investigação sobre o tema, não é tão bom para começar já os ensaios em humanos. Parece-lhes uma decisão precipitada e deve-se levar em conta fatores não estritamente científicos, que criam serias dúvidas de caráter moral.



10. **Organização Não Governamental (ONG) “Prevenção e Solidariedade”:** estará contra estes experimentos, porque considera que o dinheiro investido seria mais eficaz na luta contra a AIDS, se destinado a programas educativos para informar sobre as formas de contágio e prevenção.



Cada equipe corresponde a uma organização específica e preparará seus argumentos em favor ou contra a experimentação com a nova vacina. Não se trata de expor e defender a própria postura real ante uma proposta assim, mas sim, imaginar as razões que esses atores sociais fariam para defender suas respectivas posições. Imaginaremos as argumentações que cada setor irá preparar em suas reuniões prévias a um hipotético debate geral. Seria conveniente preparar razões que pudessem convencer os demais, da postura mais adequada. Para isso se deve preparar o debate seguindo os seguintes passos:



1. Decidir os motivos pelos quais se está a favor ou contra, radicalmente, com as condições do experimento.
2. Selecionar e analisar as informações relevantes sobre este tema e que podem servir para justificar a postura que se defende.

3. Desenvolver os argumentos que irão utilizar para defender a proposta, antecipar os argumentos que os demais darão em defesa da opinião contrária e preparar a forma em que irão contestar as possíveis críticas.
4. Redigir um informe sobre ao tema em que justifique, pormenorizadamente, a postura defendida.
5. Preparar a exposição e defender publicamente a postura, assim como os argumentos que se utilizam no debate.

Orientações para as equipes



Orientação para a equipe da Conferencia Internacional

Ator social: Conferência Internacional sobre a AIDS

Caracterização e postura na controvérsia

Trata-se do mediador em toda a controvérsia e o fórum onde deverá adotar-se uma decisão definitiva. A Conferência Internacional sobre a AIDS seria um órgão criado pela OMS para centralizar o seguimento internacional das investigações sobre esta enfermidade e aprovar os planos experimentais que podem resultar em controvérsias. Nesta conferência estarão presentes todos os órgãos que participam na luta contra a AIDS. Portanto, estarão presentes e colocarão seus pontos de vista. O Comitê deve preparar um informe sobre a atual situação da AIDS no mundo para apresentar na abertura da conferência, bem como ficará encarregado de mediar às discussões entre os grupos presentes.

Informações que poderiam demarcar a controvérsia

É o comitê preparatório da reunião geral da Conferência Internacional e deve documentar-se em relação a diversos temas que sirvam de base para a discussão que terão os demais atores. A apresentação de uma história da investigação sobre as vacinas contra as enfermidades infecciosas, especialmente em relação aos riscos potencialmente presentes neste tipo de investigação, poderia ser um dos aspectos que este comitê poderia desenvolver. Também poderia preparar um estudo sobre diferentes aspectos relacionados com a enfermidade da aids (aspectos científicos, história, estatísticas de sua extensão em diferentes zonas do mundo). O grupo deve deixar claro, ao final dos debates, os aspectos controversos do tema e deverá organizar a agenda de debates e coordenar as sessões.



Orientação para a equipe da Corporação de Laboratórios

Ator Social: Corporação de Laboratórios para o Projeto AIDS-2006

Caracterização e postura na controvérsia

Trata-se de um grupo de empresas farmacêuticas que estão trabalhando na investigação e desenvolvimento de uma vacina contra o HIV. Há vários anos estão realizando fortes investimentos neste projeto e acreditam ter resultados positivos. No desenho dessa nova vacina estão combinadas biotecnologias convencionais com modificações genéticas, cujas patentes são propriedade de uma multinacional, a quem pertencem estes laboratórios. Os resultados dos ensaios nas fases I e II têm confirmado o alto nível de efetividade desta vacina para a proteção frente ao HIV. Por isso, os laboratórios planejam o início da experimentação da fase III (maciça em humanos) para comprovar as investigações prévias para a comercialização do remédio. As fortes investigações realizadas até o momento, obrigam que o projeto comece o quanto antes a dar benefícios, por isso a corporação é contrária a qualquer demora nos seus planos. Os laboratórios sabem que a melhor forma de garantir a imunização frente ao HIV é aplicando a vacina nos primeiros anos de vida, por isso, planejam que uma porcentagem não inferior a 50% das pessoas vacinadas deverão ser crianças menores de três anos. As desconfianças que podem surgir diante de certas notícias, que divulgam os riscos existentes neste programa experimental, têm levado a corporação a propor que a experimentação da fase III se realize com adultos voluntários de todo o mundo (será paga uma quantia em dinheiro por sua colaboração) e com crianças dos países africanos mais pobres, justamente naqueles em que a AIDS está mais presente e que vacinar essas crianças, não se encontrará nenhuma objeção.

Informações que poderiam demarcar a controvérsia

A polêmica que se instaura em relação a estes experimentos, deverá levar ao grupo buscar quantas informações puderem encontrar da gravidade da enfermidade da AIDS e

a necessidade de se obter o quanto antes uma vacina eficaz contra o HIV. Entre as informações que poderiam buscar estaria a extensão da enfermidade nas últimas décadas em diferentes países e especialmente no continente africano. Também seria conveniente resgatar polêmicas histórias na aplicação de novas vacinas experimentais. Um terceiro tipo de informações seria do funcionamento geral das vacinas e sua eficácia para a erradicação de diversas doenças infecciosas. Assim, o grupo deverá estabelecer um plano concreto para o desenvolvimento da experimentação da fase III da vacina. O número de participantes dos ensaios, sua distribuição em diferentes países e as condições de sua seleção. São alguns dos aspectos que se deve definir com clareza, para que se sobressaiam os benefícios daqueles que se submeteriam à vacinação experimental. Existem várias acusações sobre os riscos existentes para quem participar dos ensaios, assim como sobre a imoralidade de utilizar crianças de países mais pobres, como sujeitos de alguns experimentos que conduziriam ao desenvolvimento de uma vacina, que seguramente se destinará aos países mais desenvolvidos. O grupo deverá preparar as argumentações devidamente apoiadas em dados e informações que respondam a essas críticas e justifiquem a conveniência de iniciar o quanto antes os ensaios da fase III com a nova vacina.



Orientações para a equipe do Departamento de Saúde Pública

Ator social: Departamentos de Saúde Pública

Caracterização e postura na controvérsia

Trata-se dos departamentos de saúde pública dos governos que participarão da Conferência Internacional sobre a AIDS. A maioria deles são favoráveis ao começo dos experimentos com a nova vacina. A opinião pública pressiona para conseguir remédios para combater a enfermidade e não se entenderia um atraso de qualquer experimento dirigido a tal fim. As empresas de plano de saúde pressionam muitos governos para que se apoiem os planos experimentais com a nova vacina, com o fim de evitar os gastos dos tratamentos médicos e dos doentes, algo que ocorreria se a vacina eliminasse em alguns anos a possibilidades de contágio. Os governos com sistema de assistência

sanitária pública, também querem reduzir os gastos públicos com os tratamentos com os doentes de AIDS. Em função de diversos fatores (sensibilidade da opinião pública sobre este tema, influência dos planos de saúde, forma com que se adotam as decisões...) existem diferentes posturas diante desta polêmica por parte de diferentes governos. Os Estados Unidos estariam de acordo em autorizar o quanto antes o início dos experimentos, da forma prevista pela corporação terapêutica. A união Européia deve adotar uma postura comum, sendo favorável aos experimentos. O resto da comunidade internacional está dividida, sendo especialmente dramática a posição dos países africanos, que se debatem entre o sonho de acabar com a epidemia e o temor que os utilizem em uma nova forma de exploração.

Informações que poderiam demarcar a controvérsia

Seria conveniente conhecer quais as bases que realmente se utilizam para a aprovação de uma vacina e o controle dos experimentos similares que se baseia esta polêmica. Também poderiam analisar a procedência geográfica das capitais dedicadas à investigação biomédica e da atitude de diferentes governos diante do tema. Por isso, seria interessante buscar informações em que se argumentem e justifiquem as posições diferenciadas dos diferentes governos que participam da conferência Internacional. Os dados sobre a incidência em cada país da enfermidade e dos gastos derivados de seu tratamento poderiam ser informações úteis neste sentido. De igual importância, seria a documentação sobre a situação dos países africanos em relação a este tema. As propostas e condições dos governos, de cada parte do mundo, também seria interessante.



Orientações para a equipe do Comitê de Investigações

Ator social: Comitê de investigações sobre Enfermidades Infecciosas

Caracterização e postura na controvérsia

Trata-se de um grupo de cientistas dedicados à investigação de enfermidades infecciosas, que consideram precipitado o começo dos ensaios da fase III com a nova vacina. Do ponto de vista deste grupo, às razões para que se instaure a vacinação maciça em humanos não se derivam de um verdadeiro êxito científico, assim como não diferem de outras vacinas que vem sendo estudadas em outros laboratórios. Os motivos que se baseiam este experimento seriam os interesses da corporação em mostrar que tem algum resultado diferente aos seus rivais no negócio farmacêutico. Este comitê de investigadores tem dado publicidade a certos informes científicos, para prevenir sobre os riscos de que a vacina não seja eficaz em um bom número de casos, que ao invés de proteger contra a enfermidade, poderia acelerar o processo patológico em caso de infecção. Outro aspecto, que estes cientistas tem fundamentado suas denúncias são na possibilidade de experimentar em crianças de países africanos uma vacina que se tiver êxito, será utilizada principalmente em países ricos. Parece-lhes que esta possibilidade é realmente imoral já que, segundo eles, a primeira norma dos investigadores é que nenhum ensaio científico justifica pôr em risco vidas humanas e submeter alguns indivíduos, a provas arriscadas cujos benefícios apenas serão desfrutados por outras pessoas.

Informações que poderiam demarcar a controvérsia

Todo o tipo de informações relacionadas com a ética da investigação científica pode ser útil para este caso. Os dados sobre casos históricos em que os experimentos científicos tenham um suposto risco efetivo para a vida das pessoas podem ser muito relevantes para documentar o ponto de vista deste grupo. Serão de utilidade, quantas informações o grupo conseguir pesquisar sobre o estado real das investigações sobre as vacinas da AIDS e das dificuldades que permeiam este tipo de tecnologia. Trata-se de um grupo que se opõe aos experimentos na fase III, mas sua oposição se baseia desde o lado da própria investigação científica, reclamando inclusive certa autonomia do respeito dos interesses comerciais e midiáticos que estão presentes nas investigações sobre a AIDS. Por isso, o nível de documentação científica e de informação técnica sobre o assunto das vacinas sobre a AIDS deverá ser maior do que dos outros grupos. Os dilemas éticos que permeiam este tipo de investigação podem encontrar um precedente oportuno sobre o tipo de questão da investigação terapêutica sobre a AIDS, no caso dos experimentos

sobre as modalidades de remédios destinados a evitar a transmissão do HIV sejam destinados em crianças.



Orientações para a equipe da ONG – organização não governamental

Ator social: ONG “Prevenção e solidariedade”

Caracterização e postura na controvérsia

Trata-se do grupo de maior carga ideológica da controvérsia. A organização está contra os experimentos e vêm trabalhando em favor de uma prevenção da enfermidade, que consistente em tomar as precauções necessárias sem a necessidade de trocar os hábitos de convivência entre as pessoas. Também, está na luta contra discriminação dos soropositivos. Tudo relacionado com a educação é, portanto, básico para esta organização, considerando que ao invés de investigações científicas mais que duvidosas poderia se orientar as pessoas a ações educativas que ensinem a prevenir e conviver com esta enfermidade.

Informações que poderiam demarcar a controvérsia

O grupo deverá apontar informações sobre as implicações sociais e éticas da AIDS, assim como a necessidade de se investir nas políticas de apoio social aos infectados e prevenir a extensão da enfermidade mais com técnicas educativas do que com tecnologias biomédicas.

Protocolos

Cada equipe/ator deverá dar resposta às seguintes questões e justificar com argumentos bem fundamentados suas idéias em relação aos seguintes aspectos e decisões presentes na controvérsia:

Existem riscos para a saúde das pessoas que irão participar na fase III dos ensaios desta nova vacina? Podem ser assumidos?

Estabelecem-se problemas éticos na necessidade de que neste experimento devem participar crianças menores de três anos? Em que condições seria moralmente aceitável a liberação de experimentos com vacinas em crianças desta idade?

Que implicações sociais, políticas e econômicas tem a enfermidade da AIDS e, em particular, este experimento sobre uma vacina para sua erradicação?

Existe algum outro aspecto que deverá ser considerado para adotar a decisão de aprovar ou não este tipo de experimento?

Deverá ser aprovada a proposta de iniciar os experimentos na fase III em vista das informações que se dispõe?

Em caso afirmativo? Com que condições?

Em caso negativo? Que alternativa se propõem e que aspectos deveriam existir para que a decisão fosse favorável?

Em ambos os casos, que implicações (vantagens e desvantagens) têm essa decisão?



Protocolo para preparar a argumentação no debate

Equipe/ator:

Opinião que defende:

Os principais motivos pelos quais defendemos nossa postura são:

As razões em que argumentaremos a defesa de nossa postura são:



Protocolo para preparar as argumentações frente às demais equipes/atores

Equipe/ator contra o que se argumenta:

Opinião que defenderá previsivelmente:

Que argumentos podem dar para estar contra nossa postura:

Que respostas lhes daremos:

Informações sobre o tema



O que é Aids?

A aids é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV. Esta sigla é proveniente do inglês - *Human Immunodeficiency Virus*.

Também do inglês deriva a sigla AIDS, *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, que em português quer dizer Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Síndrome

Grupo de sinais e sintomas que, uma vez considerados em conjunto, caracterizam uma doença.

Imunodeficiência

Inabilidade do sistema de defesa do organismo humano para se proteger contra microorganismos invasores, tais como: vírus, bactérias, protozoários, etc.

Adquirida

Não é congênita como no caso de outras imunodeficiências. A aids não é causada espontaneamente, mas por um fator externo (a infecção pelo HIV).

Como o HIV ataca o organismo?

O HIV destrói os linfócitos - células responsáveis pela defesa do nosso organismo -, tornando a pessoa vulnerável a outras infecções e doenças oportunistas, chamadas assim por surgirem nos momentos em que o sistema imunológico do indivíduo está enfraquecido.

Há alguns anos, receber o diagnóstico de aids era quase uma sentença de morte. Atualmente, porém, a aids já pode ser considerada uma doença crônica. Isto significa que uma pessoa infectada pelo HIV pode viver com o vírus, por um longo período, sem apresentar nenhum sintoma ou sinal. Isso tem sido possível graças aos avanços

tecnológicos e às pesquisas, que propiciam o desenvolvimento de medicamentos cada vez mais eficazes. Deve-se, também, à experiência obtida ao longo dos anos por profissionais de saúde. Todos estes fatores possibilitam aos portadores do vírus ter uma sobrevivência cada vez maior e de melhor qualidade.

Sintomas

A aids não se manifesta da mesma forma em todas as pessoas. Entretanto, os sintomas iniciais são geralmente semelhantes e, além disso, comuns a várias outras doenças. São eles: febre persistente, calafrios, dor de cabeça, dor de garganta, dores musculares, manchas na pele, gânglios ou ínguas embaixo do braço, no pescoço ou na virilha e que podem levar muito tempo para desaparecer.

Com a progressão da doença e com o comprometimento do sistema imunológico do indivíduo, começam a surgir doenças oportunistas, tais como: tuberculose, pneumonia, alguns tipos de câncer, candidíase e infecções do sistema nervoso (toxoplasmose e as meningites, por exemplo).

Para se fazer o diagnóstico de uma possível infecção pelo HIV, que período de tempo deve-se esperar para fazer o teste de aids? Após exposição à situação de risco, recomenda-se uma espera de 03 meses (90 dias) para fazer o teste de identificação.

A ausência de sintomas evidentes da doença exclui a possibilidade de haver infecção pelo vírus HIV?

Não. A pessoa pode estar infectada pelo HIV e não ter desenvolvido a doença (aids), não tendo, portanto, nenhum sintoma da doença. A aids propriamente dita pode levar mais de 10 anos para aparecer e manifestar os primeiros sinais e sintomas.

Após a infecção pelo HIV, quanto tempo pode demorar até a manifestação dos primeiros sintomas da aids em si? Em geral, os primeiros sintomas da aids começam a aparecer entre oito e dez anos após a contaminação pelo HIV, como consequência à diminuição do número de linfócitos T CD4+, que são as células de defesa do organismo. Esse tempo, porém, varia de pessoa para pessoa. Há casos em que a aids demora mais tempo para se manifestar, podendo a presença do HIV passar despercebida por vários anos. Há registro de casos em que se passaram 15 anos até a manifestação dos primeiros sintomas da doença (aparecimento das infecções oportunistas), tempo este denominado período de incubação. Nessa fase, o acompanhamento médico é muito importante. A queda da contagem de linfócitos T CD4+ é de 30 a 90 células por ano e está diretamente relacionada à velocidade da reprodução viral e à progressão para a aids.

O que é fase aguda da infecção pelo HIV?

A fase aguda é o período imediatamente após a infecção pelo vírus da aids. As manifestações clínicas da fase aguda podem variar desde gripes até uma síndrome que se assemelha à mononucleose (síndrome clínica caracterizada por mal estar, dor de cabeça, febre, dor de garganta, aumento de gânglios ou ínguas localizadas no pescoço ou generalizadas e inflamação do fígado - hepatite - leve e transitória). Os sintomas duram, em média, 14 dias. Depois desse período, ocorre a estabilização do quadro.

Se após um comportamento de risco a pessoa contrai o vírus da aids, quais são e quando surgirão os primeiros sinais dessa infecção pelo HIV? A manifestação do vírus não ocorre de forma idêntica para todas as pessoas. Porém, geralmente, os sintomas aparecem como uma gripe (febre alta, dores pelo corpo e mal estar) acompanhada de

manchas vermelhas pelo corpo (denominadas rash cutâneo) e linfadenopatia generalizada (aumento dos gânglios em diferentes partes do corpo). O tempo entre a exposição ao vírus e o aparecimento dos primeiros sintomas é de cinco a 30 dias, com uma duração média na faixa de sete a 14 dias. No entanto, como os sinais e sintomas dessa fase são inespecíficos e comuns a outras patologias, eles não definem o diagnóstico de infecção pelo HIV. Por isso, a única maneira de saber a causa de tais sintomas é fazendo um teste anti-HIV.

Formas de Contágio

O HIV pode ser transmitido pelo sangue, sêmen, secreção vaginal e pelo leite materno.

Assim pega	Assim não pega
sexo vaginal sem camisinha	sexo, desde que se use corretamente camisinha
sexo anal sem camisinha	masturbação a dois
sexo oral sem camisinha	beijo no rosto ou na boca
uso da mesma seringa ou agulha por mais de uma pessoa	suor e lágrima
transfusão de sangue contaminado	picada de inseto
mãe infectada pode passar o HIV para o filho durante a gravidez, o parto e a amamentação	aperto de mão ou abraço
Instrumentos que furam ou cortam, não esterelizados	talheres / copos
	assento de ônibus
	piscina, banheiros, pelo ar
	doação de sangue
	sabonete / toalha / lençóis

Testes para o diagnóstico da infecção pelo HIV

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito por meio de testes, realizados a partir da coleta de uma amostra de sangue.

Esses testes podem ser realizados em unidades básicas de saúde, em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e em laboratórios particulares. Nos CTA, o teste anti-HIV pode ser feito de forma anônima e gratuita.

Nesses Centros, além da coleta e da execução dos testes, há um processo de aconselhamento, antes e depois do teste, feito de forma cuidadosa a fim de facilitar a correta interpretação do resultado, tanto pelo profissional de saúde como pelo paciente.

Todos os testes devem ser realizados de acordo com a norma definida pelo Ministério da Saúde e com produtos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS) e por ela controlados.

Aids no Brasil

No Brasil, já foram notificados cerca de 371 mil casos de aids. Este número representa as notificações feitas desde a identificação do primeiro caso de aids, em 1980, até junho de 2005. A taxa de incidência foi crescente até metade da década de 90, alcançando, em 1998, cerca de 17 casos de aids por 100 mil habitantes.

Do total de casos de aids, mais de 80% concentram-se nas Regiões Sudeste e Sul. O Sudeste é a região mais atingida desde o início da epidemia e, apesar da alta taxa de

incidência, mostra moderada estabilização desde 1998. Na região Sul observa-se aumento das taxas de incidência de casos até 2003, apresentando queda da taxa em 2004.

Em 2004, pesquisa de abrangência nacional estimou que no Brasil cerca de 593 mil pessoas, entre 15 a 49 anos de idade, vivem com HIV e aids (0,61%). Deste número, cerca de 204 mil são mulheres (0,42%) e 389 mil são homens (0,80%).

A mesma pesquisa mostra que quase 91% da população brasileira de 15 a 54 anos citou a relação sexual como forma de transmissão do HIV e 94% citou o uso de preservativo como forma de prevenção da infecção. O conhecimento é maior entre as pessoas de 25 a 39 anos, entre os mais escolarizados e entre as pessoas residentes nas regiões Sul e Sudeste.

Os indicadores relacionados ao uso de preservativos mostram que aproximadamente 38% da população sexualmente ativa usou preservativo na última relação sexual, independentemente da parceria. Este número chega a 57% quando se consideram apenas os jovens de 15 a 24 anos. O uso de preservativos na última relação sexual com parceiro eventual foi de 67%. A proporção comparável em 1998 foi de 63,7%.

O país acumulou cerca de 172 mil óbitos por aids até dezembro de 2004. Até 1995, a curva de mortalidade acompanhava a de incidência de aids, quando atingiu a taxa de 9,7 óbitos por 100 mil habitantes. Após a introdução da política de acesso universal ao tratamento anti-retroviral, observou-se queda na mortalidade. A partir de 2000, evidencia-se estabilização em cerca de 6,3 óbitos por 100 mil, embora essa tendência seja bem mais evidente na Região Sudeste e entre os homens. Além disso, entre 1993 e 2003, observou-se um aumento de cerca de cinco anos na idade mediana dos óbitos por aids, em ambos os sexos, refletindo um aumento na sobrevida dos pacientes.

O que é transmissão vertical?

Denomina-se transmissão vertical do HIV a situação em que a criança é infectada pelo vírus da aids durante a gestação, o parto ou por meio da amamentação. No entanto, a criança, filha de mãe infectada pelo HIV, tem a oportunidade de não se infectar pelo HIV. Atualmente, existem medidas eficazes para evitar o risco de transmissão, tais como: o diagnóstico precoce da gestante infectada, o uso de drogas anti-retrovirais, o parto cesariano programado, a suspensão do aleitamento materno, substituindo-o por leite artificial (fórmula infantil) e outros alimentos, de acordo com a idade da criança. Durante o pré-natal, toda gestante tem o direito e deve realizar o teste HIV. Quanto mais precoce o diagnóstico da infecção pelo HIV na gestante, maiores são as chances de evitar a transmissão para o bebê. O tratamento é gratuito e está disponível no SUS.

Sinais e sintomas

A maioria das crianças nascidas de mãe soropositiva para o HIV não apresenta sinais ou sintomas de infecção pelo HIV quando do nascimento. Toda criança nascida de mãe soropositiva para o HIV deve fazer o acompanhamento recomendado pelo Ministério da Saúde, até comprovar sua situação sorológica (infectada ou não).

Exames

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito por meio de testes realizados a partir da coleta de uma amostra de sangue.

Esses testes podem ser realizados em unidades básicas de saúde, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e em laboratórios particulares. Nos CTA, o teste anti-HIV pode ser feito de forma anônima e gratuita.

Todos os testes devem ser realizados de acordo com uma norma definida pelo Ministério da Saúde e com produtos registrados e controlados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Além dos cuidados durante a coleta e execução dos testes, é fundamental que o processo de aconselhamento, antes e depois do teste, seja feito de forma cuidadosa. Este procedimento facilita a correta interpretação do resultado, tanto pelo profissional de saúde como pelo paciente.

O teste deve ser oferecido a todas as gestantes, independente da situação de risco para o HIV. O teste deverá ser sempre voluntário e confidencial.

Formas de transmissão

A transmissão vertical do HIV pode acontecer durante a gestação, parto e pela amamentação da criança por mãe ou outra mulher HIV+.

Prevenção

Quanto mais precoce o diagnóstico da infecção pelo HIV na gestante, maiores são as chances de evitar a transmissão para o bebê. O uso de medicamentos anti-retrovirais (AZT) em gestante e recém-nascido, a cesariana programada e a substituição do aleitamento materno podem reduzir o risco de transmissão do HIV da mãe para o filho.

Transmissão vertical em números

A taxa de transmissão vertical do HIV pode chegar a 20%, ou seja, a cada 100 crianças nascidas de mães infectadas, 20 podem tornar-se HIV+. Com ações de prevenção, no entanto, a transmissão pode reduzir-se para menos de 1%. No ano de 2004, estimou-se que cerca de 12.000 parturientes estavam infectadas pelo HIV+ no Brasil.

Foram notificados ao Ministério da Saúde, de janeiro de 1983 a junho de 2004, 9122 casos de aids em menores de 13 anos de idade devido à transmissão vertical. Este número vem reduzindo ano a ano com a adoção de medidas de prevenção.

Vacinas

O Brasil vem realizando ações para ampliar o envolvimento nacional em pesquisas, visando ao desenvolvimento de vacinas contra o HIV/aids. Os objetivos são o desenvolvimento de vacinas que melhorem a vida de pessoas vivendo com o HIV/aids e a proteção de uma pessoa que venha a ser exposta ao HIV.

Apesar dos avanços científicos no mundo, não há, ainda, uma vacina que cure a aids.

Cooperação internacional em pesquisa

O Brasil tem participado de pesquisas em cooperação com organismos e instituições do exterior que atuam nesta área, como com a Organização Mundial de Saúde, o Instituto de Saúde Americano e a Agência de Pesquisa Francesa. Um Acordo de Colaboração assinado com a IAVI deve também favorecer o esforço nacional de contribuir no desenvolvimento de uma vacina segura e eficaz contra o HIV/aids.

Tratamento

A partir de 1996, com a distribuição universal dos medicamentos anti-retrovirais, ou seja, a distribuição gratuita para todos os indivíduos que necessitam do tratamento de aids, houve um aumento na sobrevivência e uma melhora na qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV.

Segundo dados de junho de 2005, cerca de 161 mil pessoas têm recebido tratamento de aids fornecido pelo Ministério da Saúde e distribuído na rede pública.

Como o HIV causa diminuição das defesas do organismo?

Cada vírus tem "afinidade" por um tipo de célula para se instalar e se multiplicar, por exemplo, o vírus que causa hepatite tem afinidade pelas células do fígado, o que causa caxumba, pelas glândulas parótidas e o HIV tem uma "atração" especial pelo linfócito T, que é responsável pelo comando do sistema imunológico (sistema de defesa). Ele também sente atração pelos monócitos e células do sistema nervoso.

Para se reproduzir, o HIV entra dentro do linfócito T4, auxiliado por uma proteína chamada CD4, que se encontra em volta da célula. Esta proteína CD4 abre a passagem para o HIV entrar no linfócito. Depois que entrou no linfócito o HIV transforma-o em fábrica de novos vírus, e em seguida, os linfócitos são destruídos e os vírus são liberados, indo atacar outros linfócitos.

Como muitos linfócitos são destruídos, o sistema de defesa se desequilibra e enfraquece, deixando o organismo sem condições de reconhecer os agentes invasores.

Janela Imunológica

Corresponde ao tempo que o organismo leva para produzir, depois da infecção, uma certa quantidade de anticorpos que possam ser detectados pelos exames de sangue específicos. Para o HIV, esse período é normalmente de duas a doze semanas, em algumas circunstâncias, muito raras, pode ser mais prolongado.

Isso significa que se um teste para anticorpos de HIV é feito durante o "período da janela imunológica", é provável que dê um resultado falso-negativo, embora a pessoa já esteja infectada pelo HIV e já possa transmiti-lo a outras pessoas.

No caso do teste ser negativo, realizado em período de "janela imunológica", as pessoas devem retornar para realizar outro teste, dentro de três meses; caso a pessoa tenha sido infectada, os anticorpos se desenvolverão durante esse período. Para que se possa ter um resultado confiável, as pessoas devem evitar comportamentos de risco durante os três meses. Aliás, devemos evitar sempre, não é mesmo?.

Tratamento

Infelizmente a medicina ainda não encontrou a cura para a Aids. O que temos hoje são medicamentos que fazem o controle do vírus na pessoa com a doença. Estes medicamentos melhoram a qualidade de vida do paciente, aumentando a sobrevivência. O medicamento mais utilizado atualmente é o AZT (zidovudina) que é um bloqueador de transcriptase reversa. A principal função do AZT é impedir a reprodução do vírus da Aids ainda em sua fase inicial. Outros medicamentos usados no tratamento da Aids são: DDI (didanosina), DDC (zalcitabina), 3TC (lamivudina) e D4T (estavudina). Embora eficientes no controle do vírus, estes medicamentos provocam efeitos colaterais significativos nos rins, fígado e sistema imunológico dos pacientes.

Cientistas do mundo todo estão trabalhando no desenvolvimento de uma vacina contra a Aids. Porém, existe uma grande dificuldade, pois o HIV possui uma capacidade de mutação muito grande, dificultando o trabalho dos cientistas no desenvolvimento de vacinas.

28/04/2006

ÁFRICA: Um ano para a prevenção da Aids*Moyiga Nduru de Johannesburgo (África do Sul)*

União Africana (UA) e agências da Organização das Nações Unidas pretendem consagrar este ano à prevenção do HIV/Aids, "para mudar o curso do vírus e da história". Dos cinco milhões de pessoas que contrairam o vírus da deficiência imunológica humana no ano passado, 3,2 milhões moram na África subsaariana, segundo o Programa Conjunto das Nações para o HIV/Aids (Onusida). Mais de 60% dos portadores do vírus causador da Aids em todo o mundo (isto é, pouco menos de 26 milhões) vivem nesta região, que representa 20% da população mundial.

O Ano para Acelerar o Acesso da Prevenção do HIV foi lançado dia 11, simultaneamente em Johannesburgo (África do Sul), Adis Abeba (Etiópia), Ouagadougou (Burkina Faso) e Cartum (Sudão), com a intenção de que o continente intensifique e melhore seus esforços para prevenir a infecção. "É inconcebível que a cada dia quase duas mil crianças contraiam o vírus devido à gravidez, ao parto ou à amamentação, a maioria na África subsaariana, e que a cada dia cerca de seis mil pessoas entre 14 e 24 anos sejam infectadas", disse o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) no lançamento da campanha. "Este ano apresenta uma oportunidade de mudar o curso do vírus e da história", acrescentou a agência.

USO DO PRESERVATIVO

Para a campanha, estão previstos projetos educativos, de intercâmbio de informação, publicidade, especialmente sobre o uso correto do preservativo, e iniciativas para impedir a transmissão do HIV de mãe para filho. No lançamento da campanha em Johannesburgo, participaram a ministra da Saúde da África do Sul, Manto Tshabalala- Msimang, e a cantora Angelique Kidjo, de Benin, embaixadora da Boa Vontade do Unicef. "Devemos identificar os fatores da propagação do HIV na região e realizar esforços conjuntos para resolvê-los", disse Tshabalala-Msimang. "Entre esses fatores estão pobreza, subdesenvolvimento e desigualdade de gênero, o que torna as mulheres mais vulneráveis à infecção e ao impacto da Aids", acrescentou. A prevalência do HIV na população adulta da África do Sul chega a 21,4%. Este país adotou a estratégia ABC (sigla em inglês para abstinência antes do casamento, fidelidade e uso de camisinha). "Com a distribuição maciça de 300 milhões de preservativos ao ano, nossa mensagem se concentrará no uso correto e consistente dos meios de prevenção que o governo fornece gratuitamente", disse a ministra. Nos próximos dois anos, acrescentou, seu governo destinará 33 milhões de dólares à campanha de prevenção à Aids. O governo sul-africano foi acusado de responder com lentidão no combate à doença. Ativistas mostram preocupação pela falta de liderança do presidente Thabo Mbeki e da ministra da Saúde, e pediram que seja acelerado o ritmo de entrega de medicamentos anti-retrovirais, os mais eficazes para impedir o desenvolvimento da Aids. A África austral é a região mais afetada do continente. Mais de um terço dos infectados no ano passado moram ali, o que elevou o total para 15 milhões. Os governos e a sociedade civil da região enfrentam antigas tradições para frear a propagação da Aids. "Em Maláui vigoram ritos tradicionais de iniciação. As meninas são obrigadas a manter relações sexuais com homens mais velhos para provar sua feminilidade. A prática aumenta o risco de infecção", disse Maureen Kumwenda, ativista antiAids que assistiu a cerimônia em Johannesburgo.

DESEMPREGO

"Alguns pais enviam suas filhas em busca de dinheiro com a prostituição", acrescentou. O desemprego é um fator agravante. "Os estudantes que concluíram o secundário e não podem ir para uma universidade desenvolvem maus comportamentos", disse a ativista. Kumwenda propôs capacitação desses jovens em matérias como tecnologia da informação para aumentar suas possibilidades de arrumar emprego. A prevalência do HIV na população adulta de Maláui é de 14,2%, segundo a Onusida. O Zimbábue é o único país da África austral em que o ritmo de infecção diminuiu. O Unicef informou, em outubro, que a prevalência entre mulheres grávidas caiu de 24,6% para 21,3% entre 2002 e 2004. Além disso, toda a infecção adulta caiu para 20,1%. De todo modo, a situação da saúde continua sendo má no Zimbábue. Três bebês são infectados com HIV a cada hora e uma criança morre com Aids a cada 20 minutos, segundo o Unicef. Por sua vez, Kidjo exortou a que se ponha fim à violência contra as mulheres e se eduque a sociedade para que assumam o controle de suas vidas. "Vários pesquisadores demonstraram que as pessoas com instrução têm menos possibilidade de contrair Aids", disse a cantora. "Porém, não é suficiente manter as crianças na escola. Também devem estar a salvo dos que abusam delas", acrescentou. Outros ativistas advertiram que a campanha de prevenção deve estar combinada com boa alimentação e remédios anti-retrovirais para as mães, com a finalidade de evitar crianças órfãs. Mais de 12 milhões de meninas e meninos perderam seus pais devido à pandemia, informou a Onusida. (IPS/Envolverde, www.envolverde.com.br)

Crianças com Aids

Adital - As indústrias farmacêuticas ignoram as crianças com Aids por serem um mercado pouco lucrativo, e não produzem testes de diagnóstico e medicamentos apropriados para esses jovens pacientes. Segundo a organização Médicos Sem Fronteiras, 90% das crianças que nascem com Aids vivem em países da África. Na véspera do Dia Mundial de Luta contra a Aids, 1º de dezembro, a instituição denuncia que essas indústrias não estão produzindo versões apropriadas para as crianças dos medicamentos de combate à Aids. Essa é uma das razões para o fato de que metade das crianças que vivem com HIV/Aids vai morrer antes de completar dois anos de idade.

A ONG faz um apelo às empresas para que produzam formulações pediátricas fáceis de usar de todos os seus medicamentos anti-Aids. Há também uma necessidade urgente de obter-se testes de Aids mais simples e baratos para bebês que vivem em regiões empobrecidas do planeta.

"A MSF está fornecendo medicamentos anti-retrovirais para cerca de 800 crianças que vivem com HIV/Aids no Quênia", disse Rachel Thomas, coordenadora de saúde do projeto de MSF em Kibera, Nairobi. "Os resultados são muito bons, mas é uma batalha difícil. Na ausência de comprimidos adaptados às crianças, que combinem todos os medicamentos necessários numa única pílula, os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dessas crianças são freqüentemente forçados a triturar os comprimidos produzidos para adultos". Além de ser menos efetivo, uma dose menor pode tornar o vírus resistente ao tratamento, enquanto uma superdosagem pode ser tóxica para esses jovens pacientes.

Além disso, os poucos medicamentos que existem em formulações líquidas ou em pó para crianças não são práticos de serem usados: uma criança tem que tomar três quantidades diferentes de três xaropes diferentes, na maioria das vezes intragáveis. Alguns medicamentos necessitam de refrigeração, outros de água potável, requerimentos estes nem sempre disponíveis em lugares empobrecidos, como favelas, ou áreas rurais isoladas.

Com base nos bons resultados obtidos no tratamento de adultos vivendo com HIV/Aids oferecido por MSF desde 2001, a ONG se diz comprometida a oferecer até mesmo aos pacientes mais novos, nos países em desenvolvimento, tratamento que possa aumentar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida dessas crianças. Embora 75% das 1.300 crianças quenianas atualmente sob tratamento com anti-retrovirais recebam os medicamentos de projetos de MSF, estima-se que 17 mil outras crianças no país precisem de tratamento atualmente.

Os testes existentes para detectar o vírus em crianças também são caríssimos ou impraticáveis em regiões empobrecidas, e os testes de rotina disponíveis nos países pobres são inúteis para bebês com menos de 18 meses de vida porque o sangue desses bebês ainda contém anticorpos da mãe. Os testes não dizem se os anticorpos são do bebê ou da mãe.

Nos países mais ricos, a transmissão vertical de mãe para filho do HIV é evitada em 99% dos casos, os bebês podem ser testados bem antes e recebem tratamento a tempo. Esta realidade está longe de acontecer nos países em desenvolvimento.

As demandas são enormes, e MSF está se referindo apenas à ponta de um iceberg. E enquanto não houver testes de diagnóstico mais simples e baratos para detectar o vírus em recém-nascidos e os tratamentos disponíveis para crianças forem limitados, bebês continuarão morrendo antes do segundo aniversário. As equipes de MSF vêm pedindo às empresas para que produzam comprimidos adaptados às necessidades das crianças, mas até o momento não receberam nenhuma resposta satisfatória.

Nove entre 10 crianças nascidas com HIV/Aids vivem em países da África. Como há pouco lucro na pesquisa e desenvolvimento de testes e medicamentos anti-Aids para crianças que vivem em países pobres, poucas empresas estão investindo neste setor. MSF apela por um aumento substancial da pesquisa e desenvolvimento de testes que possam detectar o vírus em bebês e de combinações três-em-um de medicamentos anti-Aids para crianças. "Ainda não temos a cura, mas Aids é uma doença tratável. Muito mais crianças poderiam estar levando uma vida relativamente normal com testes e medicamentos apropriados. No entanto, milhões de crianças continuam esperando por isso", conclui Rachel Thomas.

Anexo G



Anexo H

Relatórios Análise Prototípica - EVOC

Vídeo Com Discussão

Tempo 1

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS
	:FREQ.: 1 * 2 * 3 * 4 * 5 *
baixa_imunidade	: 4 : 0* 1* 0* 2* 1*
confiança	: 4 : 0* 0* 1* 1* 2*
consciência	: 5 : 0* 2* 0* 1* 2*
moyenne :	3.60
contaminação	: 16 : 4* 4* 4* 2* 2*
moyenne :	2.63
coquetel	: 5 : 0* 3* 0* 1* 1*
moyenne :	3.00
cuidado	: 9 : 2* 1* 1* 1* 4*
moyenne :	3.44
cura	: 4 : 0* 1* 1* 2*
descuido	: 6 : 0* 2* 2* 1* 1*
moyenne :	3.17
doença	: 70 : 33* 13* 14* 4* 6*
moyenne :	2.10
drogas	: 38 : 5* 10* 12* 6* 5*
moyenne :	2.89
dst	: 14 : 3* 4* 3* 3* 1*
moyenne :	2.64
falta_de_informação	: 6 : 0* 1* 4* 1*
moyenne :	3.00
fraqueza	: 5 : 1* 0* 1* 1* 2*
moyenne :	3.60
gravidez	: 4 : 2* 0* 0* 2*
hiv	: 6 : 1* 1* 4*
moyenne :	2.50
homossexualidade	: 3 : 0* 0* 0* 3*
imunidade	: 5 : 0* 2* 1* 1* 1*
moyenne :	3.20
infecção	: 6 : 1* 1* 2* 1* 1*
moyenne :	3.00
informação	: 14 : 1* 3* 2* 3* 5*
moyenne :	3.57
insegurança	: 6 : 0* 2* 3* 1*

moyenne : 2.83
 irresponsabilidade : 13 : 2* 6* 2* 1* 2*
 moyenne : 2.62
 medo : 16 : 1* 1* 8* 2* 4*
 moyenne : 3.44
 morte : 80 : 16* 17* 9* 16* 22*
 moyenne : 3.14
 perigo : 10 : 3* 1* 1* 2* 3*
 moyenne : 3.10
 preconceito : 12 : 1* 2* 1* 3* 5*
 moyenne : 3.75
 preservativo : 101 : 22* 25* 23* 19* 12*
 moyenne : 2.74
 prevenção : 37 : 5* 10* 5* 8* 9*
 moyenne : 3.16
 problema : 6 : 1* 1* 2* 2*
 moyenne : 2.83
 prostituição : 7 : 0* 1* 2* 1* 3*
 moyenne : 3.86
 proteção : 8 : 1* 2* 0* 2* 3*
 moyenne : 3.50
 risco : 6 : 1* 0* 2* 1* 2*
 moyenne : 3.50
 sangue : 26 : 2* 2* 9* 4* 9*
 moyenne : 3.62
 saúde : 4 : 0* 0* 0* 3* 1*

 seringa : 9 : 0* 2* 4* 2* 1*
 moyenne : 3.22
 sexo : 109 : 48* 25* 13* 13* 10*
 moyenne : 2.19
 sexualidade : 4 : 0* 2* 1* 0* 1*

 sofrimento : 6 : 1* 2* 0* 2* 1*
 moyenne : 3.00
 transfusão : 5 : 1* 1* 2* 1*
 moyenne : 2.60
 transmissão : 6 : 1* 0* 3* 1* 1*
 moyenne : 3.17
 tratamento : 9 : 1* 1* 2* 3* 2*
 moyenne : 3.44
 tristeza : 7 : 1* 1* 1* 1* 3*
 moyenne : 3.57
 vida : 7 : 0* 0* 2* 3* 2*
 moyenne : 4.00
 vírus : 24 : 9* 3* 3* 5* 4*
 moyenne : 2.67

DISTRIBUTION TOTALE : 742 : 170* 156* 150* 132* 134*
 RANGS 6 ... 15 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 43

Nombre total de mots cites : 742

moyenne generale : 2.87

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots *	Cumul evocations et cumul inverse
3 *	1	3 0.4 % 742 100.0 %
4 *	6	27 3.6 % 739 99.6 %
5 *	5	52 7.0 % 715 96.4 %
6 *	9	106 14.3 % 690 93.0 %
7 *	3	127 17.1 % 636 85.7 %
8 *	1	135 18.2 % 615 82.9 %
9 *	3	162 21.8 % 607 81.8 %
10 *	1	172 23.2 % 580 78.2 %
12 *	1	184 24.8 % 570 76.8 %
13 *	1	197 26.5 % 558 75.2 %
14 *	2	225 30.3 % 545 73.5 %
16 *	2	257 34.6 % 517 69.7 %
24 *	1	281 37.9 % 485 65.4 %
26 *	1	307 41.4 % 461 62.1 %
37 *	1	344 46.4 % 435 58.6 %
38 *	1	382 51.5 % 398 53.6 %
70 *	1	452 60.9 % 360 48.5 %
80 *	1	532 71.7 % 290 39.1 %
101 *	1	633 85.3 % 210 28.3 %
109 *	1	742 100.0 % 109 14.7 %

Les 3 colonnes correspondent respectivement :

au Mot

à sa Fréquence

à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 5

Cas ou la Fréquence \geq 10

et

le Rang Moyen $<$ 2,5

doença

70

2,100

sexo	109	2,193
------	-----	-------

Cas ou la Fréquence ≥ 10

et

le Rang Moyen $\geq 2,5$

contaminação	16	2,625
drogas	38	2,895
dst	14	2,643
informação	14	3,571
irresponsabilidade	13	2,615
medo	16	3,438
morte	80	3,138
perigo	10	3,100
preconceito	12	3,750
preservativo	101	2,743
prevenção	37	3,162
sangue	26	3,615
vírus	24	2,667

Cas ou la Fréquence < 10

et

le Rang Moyen $< 2,5$

Cas ou la Fréquence < 10

et

le Rang Moyen $\geq 2,5$

consciência	5	3,600
coquetel	5	3,000
cuidado	9	3,444
descuido	6	3,167
falta_de_informação	6	3,000
fraqueza	5	3,600
hiv	6	2,500
imunidade	5	3,200
infecção	6	3,000
insegurança	6	2,833
problema	6	2,833
prostituição	7	3,857
proteção	8	3,500
risco	6	3,500
seringa	9	3,222

sofrimento	6	3,000
transfusão	5	2,600
transmissão	6	3,167
tratamento	9	3,444
tristeza	7	3,571
vida	7	4,000

Tempo 2

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS				
:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
angústia	: 5:	0*	3*	0*	1* 1*
moyenne :	3.00				
confiança	: 6:	0*	0*	2*	2* 2*
moyenne :	4.00				
consciência	: 10:	0*	3*	1*	3* 3*
moyenne :	3.60				
contaminação	: 26:	6*	6*	4*	3* 7*
moyenne :	2.96				
coquetel	: 14:	1*	2*	1*	4* 6*
moyenne :	3.86				
cuidado	: 13:	1*	3*	5*	1* 3*
moyenne :	3.15				
doença	: 74:	23*	14*	10*	11* 16*
moyenne :	2.77				
dor	: 4:	0*	0*	1*	2* 1*
drogas	: 35:	1*	9*	11*	4* 10*
moyenne :	3.37				
dst	: 10:	0*	2*	3*	5*
moyenne :	3.30				
esperança	: 6:	2*	0*	2*	1* 1*
moyenne :	2.83				
falta_de_informação	: 12:	4*	1*	1*	3* 3*
moyenne :	3.00				
hiv	: 7:	1*	1*	2*	1* 2*
moyenne :	3.29				
homossexualismo	: 9:	1*	3*	2*	1* 2*
moyenne :	3.00				
imunodeficiência	: 5:	1*	2*	1*	0* 1*
moyenne :	2.60				
informação	: 14:	0*	1*	4*	4* 5*
moyenne :	3.93				
insegurança	: 5:	1*	1*	1*	0* 2*
moyenne :	3.20				
irresponsabilidade	: 13:	2*	3*	1*	6* 1*
moyenne :	3.08				
jovens	: 4:	1*	0*	2*	0* 1*

medo	: 15 : 4* 1* 3* 3* 4*
moyenne :	3.13
morte	: 58 : 14* 10* 14* 12* 8*
moyenne :	2.83
perigo	: 12 : 0* 1* 4* 4* 3*
moyenne :	3.75
preconceito	: 19 : 3* 4* 4* 7* 1*
moyenne :	2.95
preservativo	: 93 : 18* 30* 21* 10* 14*
moyenne :	2.70
prevenção	: 56 : 16* 16* 8* 10* 6*
moyenne :	2.54
prostituição	: 6 : 0* 0* 3* 3*
moyenne :	3.50
proteção	: 9 : 2* 2* 2* 3*
moyenne :	2.67
responsabilidade	: 16 : 2* 4* 3* 5* 2*
moyenne :	3.06
risco	: 7 : 1* 1* 4* 1*
moyenne :	2.71
sangue	: 13 : 3* 2* 4* 3* 1*
moyenne :	2.77
saúde	: 5 : 0* 1* 0* 0* 4*
moyenne :	4.40
segurança	: 5 : 1* 0* 1* 2* 1*
moyenne :	3.40
seringa	: 8 : 1* 2* 3* 1* 1*
moyenne :	2.88
sexo	: 93 : 44* 17* 11* 7* 14*
moyenne :	2.25
sofrimento	: 5 : 0* 2* 1* 0* 2*
moyenne :	3.40
transfusão	: 6 : 0* 2* 0* 3* 1*
moyenne :	3.50
transmissão	: 7 : 1* 0* 0* 5* 1*
moyenne :	3.71
tratamento	: 11 : 2* 2* 1* 4* 2*
moyenne :	3.18
tristeza	: 8 : 1* 1* 1* 3* 2*
moyenne :	3.50
vida	: 10 : 1* 2* 4* 3*
moyenne :	2.90
vírus	: 19 : 4* 5* 3* 2* 5*
moyenne :	2.95
áfrica	: 4 : 1* 0* 1* 1* 1*

DISTRIBUTION TOTALE : 757 : 164* 159* 150* 144* 140*
 RANGS 6 ... 15 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 42

Nombre total de mots cites : 757

moyenne generale : 2.92

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots *	Cumul evocations et cumul inverse
4 *	3	12 1.6 % 757 100.0 %
5 *	6	42 5.5 % 745 98.4 %
6 *	4	66 8.7 % 715 94.5 %
7 *	3	87 11.5 % 691 91.3 %
8 *	2	103 13.6 % 670 88.5 %
9 *	2	121 16.0 % 654 86.4 %
10 *	3	151 19.9 % 636 84.0 %
11 *	1	162 21.4 % 606 80.1 %
12 *	2	186 24.6 % 595 78.6 %
13 *	3	225 29.7 % 571 75.4 %
14 *	2	253 33.4 % 532 70.3 %
15 *	1	268 35.4 % 504 66.6 %
16 *	1	284 37.5 % 489 64.6 %
19 *	2	322 42.5 % 473 62.5 %
26 *	1	348 46.0 % 435 57.5 %
35 *	1	383 50.6 % 409 54.0 %
56 *	1	439 58.0 % 374 49.4 %
58 *	1	497 65.7 % 318 42.0 %
74 *	1	571 75.4 % 260 34.3 %
93 *	2	757 100.0 % 186 24.6 %

Les 3 colonnes correspondent respectivement :

au Mot

à sa Fréquence

à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 5

Cas ou la Fréquence >= 10

et

le Rang Moyen < 2,5

sexo 93 2,247

Cas ou la Fréquence ≥ 10

et

le Rang Moyen $\geq 2,5$

consciência	10	3,600
contaminação	26	2,962
coquetel	14	3,857
cuidado	13	3,154
doença	74	2,770
drogas	35	3,371
dst	10	3,300
falta_de_informação	12	3,000
informação	14	3,929
irresponsabilidade	13	3,077
medo	15	3,133
morte	58	2,828
perigo	12	3,750
preconceito	19	2,947
preservativo	93	2,699
prevenção	56	2,536
responsabilidade	16	3,063
sangue	13	2,769
tratamento	11	3,182
vida	10	2,900
vírus	19	2,947

Cas ou la Fréquence < 10

et

le Rang Moyen $< 2,5$

Cas ou la Fréquence < 10

et

le Rang Moyen $\geq 2,5$

angústia	5	3,000
confiança	6	4,000
esperança	6	2,833
hiv	7	3,286
homossexualismo	9	3,000
imunodeficiência	5	2,600
insegurança	5	3,200
prostituição	6	3,500
proteção	9	2,667
risco	7	2,714

saúde	5	4,400
segurança	5	3,400
seringa	8	2,875
sofrimento	5	3,400
transfusão	6	3,500
transmissão	7	3,714
tristeza	8	3,500

Vídeo Sem Discussão

Tempo 1

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS					
	:FREQ.: 1 * 2 * 3 * 4 * 5 *					
cazuza	: 4 :	0*	0*	1*	1*	2*
conscientização	: 4 :	0*	0*	1*	2*	1*
contaminação	: 6 :	1*	1*	0*	2*	2*
moyenne :	3.50					
cuidado	: 14 :	2*	6*	1*	2*	3*
moyenne :	2.86					
descuido	: 8 :	1*	1*	3*	1*	2*
moyenne :	3.25					
doença	: 67 :	28*	15*	15*	7*	2*
moyenne :	2.10					
dor	: 6 :	0*	1*	1*	0*	4*
moyenne :	4.17					
drogas	: 64 :	6*	16*	21*	12*	9*
moyenne :	3.03					
dst	: 19 :	7*	5*	3*	2*	2*
moyenne :	2.32					
falta_de_informação	: 5 :	0*	0*	1*	4*	
moyenne :	3.80					
homossexualismo	: 11 :	2*	2*	1*	1*	5*
moyenne :	3.45					
informação	: 12 :	0*	0*	5*	1*	6*
moyenne :	4.08					
irresponsabilidade	: 18 :	5*	4*	2*	3*	4*
moyenne :	2.83					
medo	: 6 :	0*	1*	0*	4*	1*
moyenne :	3.83					
morte	: 79 :	13*	14*	17*	19*	16*
moyenne :	3.14					
perigo	: 9 :	3*	3*	0*	3*	
moyenne :	2.33					

preconceito : 16 : 1* 0* 2* 5* 8*
 moyenne : 4.19
 preocupação : 4 : 0* 2* 1* 0* 1*

 preservativo : 104 : 27* 31* 20* 17* 9*
 moyenne : 2.52
 prevenção : 27 : 5* 5* 9* 4* 4*
 moyenne : 2.89
 problemas : 5 : 0* 2* 1* 1* 1*
 moyenne : 3.20
 prostituição : 10 : 2* 3* 1* 1* 3*
 moyenne : 3.00
 proteção : 8 : 1* 0* 3* 2* 2*
 moyenne : 3.50
 remédios : 4 : 0* 0* 1* 2* 1*

 responsabilidade : 8 : 0* 1* 3* 1* 3*
 moyenne : 3.75
 risco : 7 : 4* 0* 1* 0* 2*
 moyenne : 2.43
 sangue : 24 : 1* 5* 5* 7* 6*
 moyenne : 3.50
 saúde : 4 : 0* 0* 1* 0* 3*

 seringa : 9 : 0* 1* 4* 2* 2*
 moyenne : 3.56
 sexo : 128 : 54* 35* 13* 19* 7*
 moyenne : 2.14
 sofrimento : 13 : 2* 2* 1* 5* 3*
 moyenne : 3.38
 transfusão : 11 : 0* 4* 4* 2* 1*
 moyenne : 3.00
 transmissão : 4 : 0* 2* 1* 1*

 tratamento : 4 : 0* 0* 0* 2* 2*

 tristeza : 7 : 2* 0* 1* 3* 1*
 moyenne : 3.14
 vida : 6 : 1* 0* 1* 2* 2*
 moyenne : 3.67
 vírus : 20 : 4* 0* 5* 6* 5*
 moyenne : 3.40
 África : 6 : 0* 1* 0* 2* 3*
 moyenne : 4.17

DISTRIBUTION TOTALE : 761 : 172* 163* 150* 148* 128*

RANGS 6 ... 15 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*

RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*

RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 38

Nombre total de mots cites : 761

moyenne generale : 2.86

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots	* Cumul evocations et cumul inverse
4 *	7	28 3.7 % 761 100.0 %
5 *	2	38 5.0 % 733 96.3 %
6 *	5	68 8.9 % 723 95.0 %
7 *	2	82 10.8 % 693 91.1 %
8 *	3	106 13.9 % 679 89.2 %
9 *	2	124 16.3 % 655 86.1 %
10 *	1	134 17.6 % 637 83.7 %
11 *	2	156 20.5 % 627 82.4 %
12 *	1	168 22.1 % 605 79.5 %
13 *	1	181 23.8 % 593 77.9 %
14 *	1	195 25.6 % 580 76.2 %
16 *	1	211 27.7 % 566 74.4 %
18 *	1	229 30.1 % 550 72.3 %
19 *	1	248 32.6 % 532 69.9 %
20 *	1	268 35.2 % 513 67.4 %
24 *	1	292 38.4 % 493 64.8 %
27 *	1	319 41.9 % 469 61.6 %
64 *	1	383 50.3 % 442 58.1 %
67 *	1	450 59.1 % 378 49.7 %
79 *	1	529 69.5 % 311 40.9 %
104 *	1	633 83.2 % 232 30.5 %
128 *	1	761 100.0 % 128 16.8 %

Les 3 colonnes correspondent respectivement :

au Mot

à sa Fréquence

à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 5

Cas ou la Fréquence >= 10

et

le Rang Moyen < 2,5

doença	67	2,104
dst	19	2,316
sexo	128	2,141

Cas ou la Fréquence ≥ 10

et

le Rang Moyen $\geq 2,5$

cuidado	14	2,857
drogas	64	3,031
homossexualismo	11	3,455
informação	12	4,083
irresponsabilidade	18	2,833
morte	79	3,139
preconceito	16	4,188
preservativo	104	2,519
prevenção	27	2,889
prostituição	10	3,000
sangue	24	3,500
sofrimento	13	3,385
transfusão	11	3,000
vírus	20	3,400

Cas ou la Fréquence < 10

et

le Rang Moyen $< 2,5$

perigo	9	2,333
risco	7	2,429

Cas ou la Fréquence < 10

et

le Rang Moyen $\geq 2,5$

contaminação	6	3,500
descuido	8	3,250
dor	6	4,167
falta_de_informação	5	3,800
medo	6	3,833
problemas	5	3,200
proteção	8	3,500
responsabilidade	8	3,750
seringa	9	3,556
tristeza	7	3,143
vida	6	3,667
áfrica	6	4,167

Tempo 2

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS
	:FREQ.: 1 * 2 * 3 * 4 * 5 *
conscientização	: 7: 2* 0* 1* 2* 2*
moyenne :	3.29
contaminação	: 8: 1* 0* 3* 2* 2*
moyenne :	3.50
cuidado	: 11: 2* 2* 1* 4* 2*
moyenne :	3.18
descuido	: 10: 1* 3* 2* 2* 2*
moyenne :	3.10
doença	: 71: 18* 12* 19* 11* 11*
moyenne :	2.79
drogas	: 60: 2* 21* 16* 13* 8*
moyenne :	3.07
dst	: 13: 4* 2* 3* 3* 1*
moyenne :	2.62
falta_de_informação	: 7: 1* 1* 2* 1* 2*
moyenne :	3.29
informação	: 8: 1* 1* 3* 3*
moyenne :	3.00
irresponsabilidade	: 19: 6* 4* 2* 3* 4*
moyenne :	2.74
medo	: 10: 2* 2* 2* 0* 4*
moyenne :	3.20
morte	: 62: 14* 10* 10* 14* 14*
moyenne :	3.06
perigo	: 9: 1* 2* 2* 4*
moyenne :	3.00
preconceito	: 10: 1* 1* 5* 2* 1*
moyenne :	3.10
preservativo	: 95: 19* 33* 18* 18* 7*
moyenne :	2.59
prevenção	: 46: 11* 8* 10* 5* 12*
moyenne :	2.98
prostituição	: 12: 2* 1* 4* 4* 1*
moyenne :	3.08
responsabilidade	: 15: 2* 2* 4* 1* 6*
moyenne :	3.47
risco	: 11: 6* 1* 1* 1* 2*
moyenne :	2.27
sangue	: 25: 3* 4* 4* 10* 4*
moyenne :	3.32
seringa	: 13: 1* 2* 2* 5* 3*
moyenne :	3.54
sexo	: 125: 52* 33* 20* 14* 6*
moyenne :	2.11
sofrimento	: 10: 2* 4* 1* 1* 2*
moyenne :	2.70

tratamento : 7 : 0* 1* 1* 4* 1*
 moyenne : 3.71
 tristeza : 10 : 0* 2* 3* 2* 3*
 moyenne : 3.60
 vírus : 12 : 2* 1* 5* 2* 2*
 moyenne : 3.08

DISTRIBUTION TOTALE : 686 : 156* 153* 144* 131* 102*
 RANGS 6 ... 15 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 26
 Nombre total de mots cites : 686

moyenne generale : 2.81

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots *	Cumul evocations et cumul inverse
7 *	3	21 3.1 % 686 100.0 %
8 *	2	37 5.4 % 665 96.9 %
9 *	1	46 6.7 % 649 94.6 %
10 *	5	96 14.0 % 640 93.3 %
11 *	2	118 17.2 % 590 86.0 %
12 *	2	142 20.7 % 568 82.8 %
13 *	2	168 24.5 % 544 79.3 %
15 *	1	183 26.7 % 518 75.5 %
19 *	1	202 29.4 % 503 73.3 %
25 *	1	227 33.1 % 484 70.6 %
46 *	1	273 39.8 % 459 66.9 %
60 *	1	333 48.5 % 413 60.2 %
62 *	1	395 57.6 % 353 51.5 %
71 *	1	466 67.9 % 291 42.4 %
95 *	1	561 81.8 % 220 32.1 %
125 *	1	686 100.0 % 125 18.2 %

Les 3 colonnes correspondent respectivement :
 au Mot
 à sa Fréquence
 à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 5

Cas ou la Fréquence >= 10
 et

le Rang Moyen < 2,5

doença	39	2,359
prevenção	44	2,182
áfrica	12	1,917

Cas ou la Fréquence >= 10

et

le Rang Moyen >= 2,5

drogas	10	3,000
educação	10	3,300
morte	45	2,756
preconceito	18	3,278
preservativo	27	2,593
sexo	49	3,000
tratamento	10	3,000
vacina	13	2,538
vírus	13	2,538

Cas ou la Fréquence < 10

et

le Rang Moyen < 2,5

Cas ou la Fréquence < 10

et

le Rang Moyen >= 2,5

conscientização	5	4,000
contaminação	8	3,250
crianças	6	3,000
cuidado	7	3,429
cura	7	3,571
falta_de_informação	7	3,857
hiv	6	3,833
imunidade	5	3,800
irresponsabilidade	6	4,000
problema	5	4,600
risco	6	2,500
sangue	9	2,556
sofrimento	5	3,800

Caso Simulado

Tempo 1

	:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
contaminação	:	9		3*	2*	4*
moyenne :						2.11
cuidado	:	8	1*	1*	3*	2* 1*
moyenne :						3.13
descuido	:	4	1*	0*	1*	2*
moyenne :						3.00
doença	:	47	24*	6*	5*	8* 4*
moyenne :						2.19
dor	:	4	1*	1*	0*	2*
moyenne :						2.75
drogas	:	18	0*	6*	4*	4* 4*
moyenne :						3.33
dst	:	4	3*	0*	1*	
moyenne :						1.50
falta_de_informação	:	6	0*	1*	2*	3*
moyenne :						3.33
fraqueza	:	4	1*	1*	1*	1*
moyenne :						2.50
gay	:	4	0*	1*	1*	0* 2*
moyenne :						3.75
hiv	:	4	1*	0*	1*	0* 2*
moyenne :						3.50
infecção	:	4	0*	2*	2*	
moyenne :						2.50
irresponsabilidade	:	4	1*	2*	1*	
moyenne :						2.00
medo	:	9	1*	0*	1*	3* 4*
moyenne :						4.00
morte	:	50	6*	12*	9*	10* 13*
moyenne :						3.24
perigo	:	6	0*	0*	2*	2* 2*
moyenne :						4.00
precaução	:	4	0*	0*	2*	2*
moyenne :						3.50
preconceito	:	15	4*	2*	4*	1* 4*
moyenne :						2.93
preservativo	:	42	13*	13*	4*	9* 3*
moyenne :						2.43
prevenção	:	22	4*	3*	4*	6* 5*
moyenne :						3.23
problema	:	6	0*	2*	1*	0* 3*
moyenne :						3.67
proteção	:	5	0*	1*	3*	0* 1*

moyenne : 3.20
 remédios : 4 : 0* 1* 0* 0* 3*
 moyenne : 4.25
 riscos : 5 : 0* 0* 2* 0* 3*
 moyenne : 4.20
 sangue : 16 : 2* 3* 4* 2* 5*
 moyenne : 3.31
 seringa : 4 : 0* 2* 1* 1*
 moyenne : 2.75
 sexo : 50 : 20* 12* 4* 7* 7*
 moyenne : 2.38
 transmissão : 4 : 0* 1* 1* 1* 1*
 moyenne : 3.50
 tratamento : 4 : 0* 2* 0* 1* 1*
 moyenne : 3.25
 vírus : 17 : 4* 6* 2* 1* 4*
 moyenne : 2.71
 África : 6 : 1* 1* 2* 2*
 moyenne : 2.83

DISTRIBUTION TOTALE : 389 : 91* 84* 72* 70* 72*
 RANGS 6 ... 15 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 31
 Nombre total de mots cites : 389

moyenne generale : 2.87

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul evocations et cumul inverse
4 *	13 52	13.4 % 389 100.0 %
5 *	2 62	15.9 % 337 86.6 %
6 *	4 86	22.1 % 327 84.1 %
8 *	1 94	24.2 % 303 77.9 %
9 *	2 112	28.8 % 295 75.8 %
15 *	1 127	32.6 % 277 71.2 %
16 *	1 143	36.8 % 262 67.4 %
17 *	1 160	41.1 % 246 63.2 %
18 *	1 178	45.8 % 229 58.9 %
22 *	1 200	51.4 % 211 54.2 %

Les 3 colonnes correspondent respectivement :
 au Mot
 à sa Fréquence

à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 4

Cas ou la Fréquence ≥ 10

et

le Rang Moyen $< 2,5$

doença	47	2,191
preservativo	42	2,429
sexo	50	2,380

Cas ou la Fréquence ≥ 10

et

le Rang Moyen $\geq 2,5$

drogas	18	3,333
morte	50	3,240
preconceito	15	2,933
prevenção	22	3,227
sangue	16	3,313
vírus	17	2,706

Cas ou la Fréquence < 10

et

le Rang Moyen $< 2,5$

contaminação	9	2,111
dst	4	1,500
irresponsabilidade	4	2,000

Cas ou la Fréquence < 10

et

le Rang Moyen $\geq 2,5$

cuidado	8	3,125
descuido	4	3,000
dor	4	2,750
falta_de_informação	6	3,333
fraqueza	4	2,500
gay	4	3,750
hiv	4	3,500

infecção	4	2,500
medo	9	4,000
perigo	6	4,000
precaução	4	3,500
problema	6	3,667
proteção	5	3,200
remédios	4	4,250
riscos	5	4,200
seringa	4	2,750
transmissão	4	3,500
tratamento	4	3,250
áfrica	6	2,833

Tempo 2

Les 3 colonnes correspondent respectivement :

au Mot

à sa Fréquence

à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 5

Cas ou la Fréquence ≥ 10

et

le Rang Moyen $< 2,5$

doença	39	2,359
prevenção	44	2,182
áfrica	12	1,917

Cas ou la Fréquence ≥ 10

et

le Rang Moyen $\geq 2,5$

drogas	10	3,000
educação	10	3,300
morte	45	2,756
preconceito	18	3,278
preservativo	27	2,593
sexo	49	3,000
tratamento	10	3,000
vacina	13	2,538
vírus	13	2,538

Cas ou la Fréquence < 10

et

le Rang Moyen < 2,5

Cas ou la Fréquence < 10

et

le Rang Moyen >= 2,5

conscientização	5	4,000
contaminação	8	3,250
crianças	6	3,000
cuidado	7	3,429
cura	7	3,571
falta_de_informação	7	3,857
hiv	6	3,833
imunidade	5	3,800
irresponsabilidade	6	4,000
problema	5	4,600
risco	6	2,500
sangue	9	2,556
sofrimento	5	3,800

CARRES	INDIVIDUS			COORDONNEES					CONTRIBUTIONS					COSINUS		
IDENTIFICATEUR	P.REL	DISTO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	
adolescência	0.21	0.10	-0.02	-0.26	-0.19	0.00	0.00	0.0	1.1	0.8	0.0	0.0	0.00	0.65	0.34	
aids	0.24	0.12	-0.06	0.33	-0.11	0.00	0.00	0.0	2.0	0.3	0.0	0.0	0.03	0.86	0.11	
amamentação	0.24	0.12	0.24	0.25	-0.03	0.00	0.00	0.5	1.2	0.0	0.0	0.0	0.47	0.52	0.01	
amor	0.18	0.37	0.03	0.00	-0.61	0.00	0.00	0.0	0.0	6.9	0.0	0.0	0.00	0.00	1.00	
angústia	0.21	0.49	0.67	-0.21	-0.06	0.00	0.00	3.2	0.7	0.1	0.0	0.0	0.91	0.09	0.01	
anticoncepcional	0.24	0.21	0.44	0.07	0.07	0.00	0.00	1.6	0.1	0.1	0.0	0.0	0.95	0.03	0.03	
atenção	0.15	0.19	0.18	0.40	0.04	0.00	0.00	0.2	1.9	0.0	0.0	0.0	0.16	0.83	0.01	
baixa_imunidade	0.21	0.50	-0.11	-0.57	0.41	0.00	0.00	0.1	5.2	3.6	0.0	0.0	0.03	0.64	0.34	
bebida	0.09	0.09	-0.18	-0.03	-0.24	0.00	0.00	0.1	0.0	0.5	0.0	0.0	0.37	0.01	0.61	
burrice	0.15	0.38	-0.26	0.45	-0.32	0.00	0.00	0.3	2.4	1.6	0.0	0.0	0.18	0.55	0.27	
cautela	0.09	0.44	0.16	0.14	-0.63	0.00	0.00	0.1	0.1	3.6	0.0	0.0	0.06	0.04	0.90	
cazuza	0.15	0.43	-0.62	0.18	-0.07	0.00	0.00	2.0	0.4	0.1	0.0	0.0	0.91	0.08	0.01	
confiança	0.55	0.04	0.16	0.01	-0.11	0.00	0.00	0.5	0.0	0.6	0.0	0.0	0.68	0.00	0.31	
conhecimento	0.21	0.12	0.21	-0.24	-0.15	0.00	0.00	0.3	1.0	0.5	0.0	0.0	0.36	0.47	0.17	
consciência	0.79	0.10	0.26	0.07	-0.15	0.00	0.00	1.8	0.3	1.9	0.0	0.0	0.71	0.05	0.24	
consequencias	0.18	0.17	0.18	-0.34	0.14	0.00	0.00	0.2	1.6	0.4	0.0	0.0	0.20	0.68	0.12	
contaminação	1.71	0.10	0.27	-0.17	-0.02	0.00	0.00	4.1	3.9	0.1	0.0	0.0	0.71	0.29	0.00	
contato	0.09	0.44	0.54	-0.12	0.36	0.00	0.00	0.9	0.1	1.2	0.0	0.0	0.67	0.03	0.30	
contágio	0.15	0.54	0.45	0.49	0.32	0.00	0.00	1.0	2.8	1.5	0.0	0.0	0.37	0.45	0.18	
coquetel	0.70	0.23	0.44	-0.16	-0.10	0.00	0.00	4.5	1.4	0.6	0.0	0.0	0.84	0.12	0.04	
cuidado	1.43	0.00	-0.02	0.02	-0.02	0.00	0.00	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.36	0.21	0.43	
cura	0.24	0.15	0.32	0.01	0.22	0.00	0.00	0.8	0.0	1.2	0.0	0.0	0.67	0.00	0.32	
deficiência	0.12	0.54	0.59	-0.02	0.44	0.00	0.00	1.4	0.0	2.4	0.0	0.0	0.64	0.00	0.36	
dependência	0.09	0.78	-0.01	0.88	-0.07	0.00	0.00	0.0	5.4	0.0	0.0	0.0	0.00	0.99	0.01	
depressão	0.18	0.14	0.27	0.12	0.23	0.00	0.00	0.4	0.2	0.9	0.0	0.0	0.53	0.10	0.37	
descuido	0.79	0.08	-0.27	0.03	-0.02	0.00	0.00	2.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.98	0.01	0.01	
deseespero	0.15	0.11	-0.14	-0.25	0.17	0.00	0.00	0.1	0.7	0.4	0.0	0.0	0.17	0.57	0.26	
destruição	0.09	0.34	-0.45	-0.32	-0.21	0.00	0.00	0.6	0.7	0.4	0.0	0.0	0.59	0.29	0.13	
discriminação	0.09	0.39	-0.34	0.19	0.48	0.00	0.00	0.4	0.2	2.1	0.0	0.0	0.30	0.09	0.61	
doentes	0.09	0.64	0.09	-0.79	0.06	0.00	0.00	0.0	4.4	0.0	0.0	0.0	0.01	0.98	0.01	
doença	8.51	0.00	0.01	-0.01	-0.01	0.00	0.00	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.45	0.12	0.43	
dor	0.52	0.02	-0.01	0.14	-0.01	0.00	0.00	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.01	0.99	0.01	
drogas	6.01	0.03	-0.17	0.03	-0.03	0.00	0.00	5.9	0.4	0.4	0.0	0.0	0.95	0.03	0.02	
dst	1.71	0.05	0.05	0.21	0.05	0.00	0.00	0.1	5.9	0.5	0.0	0.0	0.05	0.90	0.06	
epidemia	0.24	0.05	0.12	-0.01	0.18	0.00	0.00	0.1	0.0	0.8	0.0	0.0	0.29	0.00	0.71	
esperança	0.31	0.18	0.20	-0.29	-0.24	0.00	0.00	0.4	1.9	1.8	0.0	0.0	0.22	0.46	0.33	
exclusão	0.12	0.09	-0.02	0.13	0.27	0.00	0.00	0.0	0.1	0.9	0.0	0.0	0.00	0.18	0.81	
falta-de-prevenção	0.15	0.03	0.02	-0.08	0.15	0.00	0.00	0.0	0.1	0.4	0.0	0.0	0.02	0.22	0.77	
falta_de_informação	0.92	0.04	0.13	-0.10	-0.11	0.00	0.00	0.5	0.7	1.0	0.0	0.0	0.44	0.27	0.29	
família	0.15	0.30	0.55	0.05	-0.02	0.00	0.00	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.99	0.01	0.00	
fragilidade	0.27	0.13	0.12	-0.28	0.18	0.00	0.00	0.1	1.6	0.9	0.0	0.0	0.12	0.62	0.26	
gravidez	0.34	0.11	0.27	0.19	-0.06	0.00	0.00	0.8	0.9	0.1	0.0	0.0	0.66	0.31	0.03	
hiv	0.49	0.14	0.31	-0.20	0.05	0.00	0.00	1.6	1.5	0.1	0.0	0.0	0.69	0.29	0.02	
homossexualismo	0.88	0.13	-0.28	-0.23	-0.01	0.00	0.00	2.3	3.6	0.0	0.0	0.0	0.60	0.40	0.00	
hospital	0.24	0.09	-0.02	0.13	0.27	0.00	0.00	0.0	0.3	1.7	0.0	0.0	0.00	0.18	0.81	
ignorância	0.15	0.32	-0.51	0.10	0.23	0.00	0.00	1.3	0.1	0.8	0.0	0.0	0.81	0.03	0.16	
imunodeficiência	0.18	0.24	0.17	0.44	-0.10	0.00	0.00	0.2	2.7	0.2	0.0	0.0	0.12	0.83	0.04	


```

| síndrome                0.09  0.44 | 0.54 -0.12  0.36  0.00  0.00 | 0.9  0.1  1.2  0.0  0.0 | 0.67 0.03 0.30
0.00 0.00 |
| testes                  0.09  0.44 | 0.62 -0.23  0.00  0.00  0.00 | 1.2  0.4  0.0  0.0  0.0 | 0.88 0.12 0.00
0.00 0.00 |
| transfusão              0.79  0.11 | -0.29 -0.12  0.12  0.00  0.00 | 2.2  0.9  1.1  0.0  0.0 | 0.75 0.14 0.12
0.00 0.00 |
| transmissão            0.58  0.07 | 0.25 -0.01  0.09  0.00  0.00 | 1.2  0.0  0.5  0.0  0.0 | 0.88 0.00 0.12
0.00 0.00 |
| tratamento             0.95  0.13 | 0.35  0.09 -0.05  0.00  0.00 | 3.7  0.6  0.3  0.0  0.0 | 0.92 0.06 0.02
0.00 0.00 |
| tristeza                0.98  0.01 | 0.03  0.04 -0.08  0.00  0.00 | 0.0  0.1  0.7  0.0  0.0 | 0.10 0.19 0.70
0.00 0.00 |
| vida                   0.92  0.03 | 0.18  0.02 -0.01  0.00  0.00 | 1.0  0.0  0.0  0.0  0.0 | 0.99 0.01 0.00
0.00 0.00 |
| vírus                  2.29  0.02 | 0.06 -0.01  0.12  0.00  0.00 | 0.2  0.0  3.4  0.0  0.0 | 0.18 0.01 0.82
0.00 0.00 |
| África                  0.43  0.22 | -0.41 -0.22 -0.02  0.00  0.00 | 2.4  1.5  0.0  0.0  0.0 | 0.78 0.22 0.00
0.00 0.00 |
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
-----+

```

Caso Simulado

ANALYSE DES CORRESPONDANCES BINAIRES

VALEURS PROPRES

APERCU DE LA PRECISION DES CALCULS : TRACE AVANT DIAGONALISATION .. 0.0797

SOMME DES VALEURS PROPRES 0.0797

HISTOGRAMME DES 3 PREMIERES VALEURS PROPRES

```

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
| NUMERO | VALEUR | POURCENTAGE | POURCENTAGE |
|        |        |              |              |
|        |        |              |              |
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
| 1 | 0.0528 | 66.20 | 66.20 |
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
| 2 | 0.0269 | 33.80 | 100.00 | *****
| 3 | 0.0000 | 0.00 | 100.00 | *
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+

```

COORDONNEES, CONTRIBUTIONS DES FREQUENCES SUR LES AXES 1 A 3

FREQUENCES ACTIVES

```

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
| CARRES | FREQUENCES | COORDONNEES | CONTRIBUTIONS | COSINUS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDEN - LIBELLE COURT | P.REL | DISTO | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
0 | 0 |
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
| AA_1 - antes | 30.57 | 0.05 | 0.20 -0.12  0.00  0.00  0.00 | 22.5 16.4  0.0  0.0  0.0 | 0.73 0.27 0.00
0.00 0.00 |
| AA_2 - depois | 19.43 | 0.13 | -0.31  0.19  0.00  0.00  0.00 | 35.4 25.8  0.0  0.0  0.0 | 0.73 0.27 0.00
0.00 0.00 |
| Mod1 - aprovado | 39.22 | 0.02 | 0.11  0.09  0.00  0.00  0.00 | 9.1 12.5  0.0  0.0  0.0 | 0.59 0.41 0.00
0.00 0.00 |
| Mod2 - reprovado | 10.78 | 0.28 | -0.40 -0.34  0.00  0.00  0.00 | 33.1 45.4  0.0  0.0  0.0 | 0.59 0.41 0.00
0.00 0.00 |
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+

```

FREQUENCES ILLUSTRATIVES

```

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
| CARRES | FREQUENCES | COORDONNEES | CONTRIBUTIONS | COSINUS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDEN - LIBELLE COURT | P.REL | DISTO | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
0 | 0 |
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
| AB_1 - masculino | 27.01 | 0.09 | -0.08 -0.06  0.00  0.00  0.00 | 0.0 0.0  0.0  0.0  0.0 | 0.08 0.03 0.00
0.00 0.00 |
| AB_2 - feminino | 22.99 | 0.13 | 0.10  0.07  0.00  0.00  0.00 | 0.0 0.0  0.0  0.0  0.0 | 0.08 0.03 0.00
0.00 0.00 |
| AC_1 - muito menos risco b | 15.85 | 0.16 | 0.03  0.03  0.00  0.00  0.00 | 0.0 0.0  0.0  0.0  0.0 | 0.01 0.00 0.00
0.00 0.00 |
| AC_2 - menos risco b | 21.68 | 0.11 | 0.00 -0.01  0.00  0.00  0.00 | 0.0 0.0  0.0  0.0  0.0 | 0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 |
| AC_3 - mais risco b | 10.00 | 0.36 | 0.00  0.02  0.00  0.00  0.00 | 0.0 0.0  0.0  0.0  0.0 | 0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 |
| AC_4 - muito mais risco b | 2.47 | 1.19 | -0.17 -0.19  0.00  0.00  0.00 | 0.0 0.0  0.0  0.0  0.0 | 0.02 0.03 0.00
0.00 0.00 |
| AD_1 - muito menos risco a | 13.84 | 0.24 | 0.01  0.02  0.00  0.00  0.00 | 0.0 0.0  0.0  0.0  0.0 | 0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 |
| AD_2 - menos risco a | 29.84 | 0.06 | 0.01  0.01  0.00  0.00  0.00 | 0.0 0.0  0.0  0.0  0.0 | 0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 |
| AD_3 - mais risco a | 5.85 | 0.64 | -0.10 -0.07  0.00  0.00  0.00 | 0.0 0.0  0.0  0.0  0.0 | 0.02 0.01 0.00
0.00 0.00 |
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+

```


preservação	0.10	0.36		0.30	-0.52	0.00	0.00	0.00		0.2	1.0	0.0	0.0	0.0		0.25	0.75	0.00
0.00 0.00																		
prevenção	1.91	0.10		-0.28	0.15	0.00	0.00	0.00		2.8	1.6	0.0	0.0	0.0		0.78	0.22	0.00
0.00 0.00																		
primeiro	0.10	0.14		0.30	0.23	0.00	0.00	0.00		0.2	0.2	0.0	0.0	0.0		0.63	0.37	0.00
0.00 0.00																		
principal	0.52	0.08		0.08	0.27	0.00	0.00	0.00		0.1	1.4	0.0	0.0	0.0		0.08	0.92	0.00
0.00 0.00																		
probabilidade	0.10	0.14		0.30	0.23	0.00	0.00	0.00		0.2	0.2	0.0	0.0	0.0		0.63	0.37	0.00
0.00 0.00																		
problemas	0.63	0.01		0.05	-0.06	0.00	0.00	0.00		0.0	0.1	0.0	0.0	0.0		0.44	0.56	0.00
0.00 0.00																		
proteção	0.24	0.14		0.35	-0.14	0.00	0.00	0.00		0.6	0.2	0.0	0.0	0.0		0.87	0.13	0.00
0.00 0.00																		
próprio	0.10	0.14		0.30	0.23	0.00	0.00	0.00		0.2	0.2	0.0	0.0	0.0		0.63	0.37	0.00
0.00 0.00																		
qualquer	0.35	0.05		-0.22	-0.01	0.00	0.00	0.00		0.3	0.0	0.0	0.0	0.0		1.00	0.00	0.00
0.00 0.00																		
querem	0.24	0.46		0.67	-0.08	0.00	0.00	0.00		2.1	0.1	0.0	0.0	0.0		0.98	0.02	0.00
0.00 0.00																		
relacionamento	0.14	0.18		0.39	0.15	0.00	0.00	0.00		0.4	0.1	0.0	0.0	0.0		0.87	0.13	0.00
0.00 0.00																		
resultado	0.10	0.46		0.67	-0.08	0.00	0.00	0.00		0.9	0.0	0.0	0.0	0.0		0.98	0.02	0.00
0.00 0.00																		
saber	0.59	0.00		0.02	-0.06	0.00	0.00	0.00		0.0	0.1	0.0	0.0	0.0		0.08	0.92	0.00
0.00 0.00																		
sangue	0.24	0.14		0.35	-0.14	0.00	0.00	0.00		0.6	0.2	0.0	0.0	0.0		0.87	0.13	0.00
0.00 0.00																		
saúde	0.14	0.32		0.39	-0.41	0.00	0.00	0.00		0.4	0.9	0.0	0.0	0.0		0.47	0.53	0.00
0.00 0.00																		
segurança	0.10	0.14		0.30	0.23	0.00	0.00	0.00		0.2	0.2	0.0	0.0	0.0		0.63	0.37	0.00
0.00 0.00																		
sem proteção	0.17	0.00		0.00	0.03	0.00	0.00	0.00		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.02	0.98	0.00
0.00 0.00																		
sempre	0.42	0.01		0.02	0.09	0.00	0.00	0.00		0.0	0.1	0.0	0.0	0.0		0.06	0.94	0.00
0.00 0.00																		
ser	1.28	0.00		0.04	-0.04	0.00	0.00	0.00		0.0	0.1	0.0	0.0	0.0		0.56	0.44	0.00
0.00 0.00																		
seringas	0.45	0.03		0.16	0.00	0.00	0.00	0.00		0.2	0.0	0.0	0.0	0.0		1.00	0.00	0.00
0.00 0.00																		
sexo	2.08	0.00		0.06	0.02	0.00	0.00	0.00		0.1	0.0	0.0	0.0	0.0		0.89	0.11	0.00
0.00 0.00																		
sexualidade	0.21	0.01		0.12	0.01	0.00	0.00	0.00		0.1	0.0	0.0	0.0	0.0		0.99	0.01	0.00
0.00 0.00																		
si	0.21	0.14		0.11	-0.36	0.00	0.00	0.00		0.1	1.0	0.0	0.0	0.0		0.09	0.91	0.00
0.00 0.00																		
sociedade	0.14	0.28		-0.44	0.30	0.00	0.00	0.00		0.5	0.5	0.0	0.0	0.0		0.69	0.31	0.00
0.00 0.00																		
sofrem	0.17	0.42		0.22	-0.61	0.00	0.00	0.00		0.2	2.4	0.0	0.0	0.0		0.12	0.88	0.00
0.00 0.00																		
sujeitos	0.10	0.46		0.67	-0.08	0.00	0.00	0.00		0.9	0.0	0.0	0.0	0.0		0.98	0.02	0.00
0.00 0.00																		
sério	0.14	0.18		0.39	0.15	0.00	0.00	0.00		0.4	0.1	0.0	0.0	0.0		0.87	0.13	0.00
0.00 0.00																		
tempos	0.10	0.14		0.30	0.23	0.00	0.00	0.00		0.2	0.2	0.0	0.0	0.0		0.63	0.37	0.00
0.00 0.00																		
ter	0.90	0.07		0.07	0.25	0.00	0.00	0.00		0.1	2.1	0.0	0.0	0.0		0.08	0.92	0.00
0.00 0.00																		
tomar	0.21	0.71		-0.26	-0.80	0.00	0.00	0.00		0.3	4.9	0.0	0.0	0.0		0.10	0.90	0.00
0.00 0.00																		
transar	0.21	0.01		0.12	0.01	0.00	0.00	0.00		0.1	0.0	0.0	0.0	0.0		0.99	0.01	0.00
0.00 0.00																		
transfusões	0.14	0.04		0.11	-0.18	0.00	0.00	0.00		0.0	0.2	0.0	0.0	0.0		0.30	0.70	0.00
0.00 0.00																		
transmissão	0.24	0.14		0.35	-0.14	0.00	0.00	0.00		0.6	0.2	0.0	0.0	0.0		0.87	0.13	0.00
0.00 0.00																		
tudo	0.59	0.08		0.28	-0.02	0.00	0.00	0.00		0.9	0.0	0.0	0.0	0.0		1.00	0.00	0.00
0.00 0.00																		
usar	1.63	0.01		0.03	-0.07	0.00	0.00	0.00		0.0	0.3	0.0	0.0	0.0		0.18	0.82	0.00
0.00 0.00																		
usuários	0.10	0.36		0.30	-0.52	0.00	0.00	0.00		0.2	1.0	0.0	0.0	0.0		0.25	0.75	0.00
0.00 0.00																		
utilização	0.10	0.20		-0.44	0.11	0.00	0.00	0.00		0.4	0.0	0.0	0.0	0.0		0.94	0.06	0.00
0.00 0.00																		
vezes	0.80	0.11		0.33	0.01	0.00	0.00	0.00		1.7	0.0	0.0	0.0	0.0		1.00	0.00	0.00
0.00 0.00																		
vida	0.76	0.02		0.12	0.08	0.00	0.00	0.00		0.2	0.2	0.0	0.0	0.0		0.68	0.32	0.00
0.00 0.00																		
viver	0.14	0.18		0.39	0.15	0.00	0.00	0.00		0.4	0.1	0.0	0.0	0.0		0.87	0.13	0.00
0.00 0.00																		
vários	0.10	0.14		0.30	0.23	0.00	0.00	0.00		0.2	0.2	0.0	0.0	0.0		0.63	0.37	0.00
0.00 0.00																		
vírus	0.97	0.03		-0.16	0.06	0.00	0.00	0.00		0.5	0.1	0.0	0.0	0.0		0.88	0.12	0.00
0.00 0.00																		
época	0.14	0.16		0.12	0.39	0.00	0.00	0.00		0.0	0.8	0.0	0.0	0.0		0.08	0.92	0.00
0.00 0.00																		
índices	0.14	0.51		-0.72	-0.03	0.00	0.00	0.00		1.4	0.0	0.0	0.0	0.0		1.00	0.00	0.00
0.00 0.00																		
últimos	0.10	0.14		0.30	0.23	0.00	0.00	0.00		0.2	0.2	0.0	0.0	0.0		0.63	0.37	0.00
0.00 0.00																		
+-----+																		

Anexo I



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 267/06**

I – Identificação:

- - Título do Projeto: Representações Sociais e Divulgação do Conhecimento Científico sobre o HIV/Aids
- -
- Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo
- Pesquisador Principal: Andréa Bárbara da Silva Bousfield
- Data Coleta dados: Início: 10/03/07. Término previsto: 10/05/07
- Local onde a pesquisa será conduzida: Hospital, Comunidade, Escola

II - Objetivos:

Objetivo Geral – Investigar o afeto de diferentes meios de divulgação do conhecimento científico sobre o HIV/aids nas representações sociais, conhecimento e atitudes frente ao preservativo de adolescentes de ensino médio.

Objetivos Específicos

- Diagnosticar as representações sociais sobre a aids dos adolescentes..
- Diagnosticar o nível de conhecimento científico dos estudantes sobre o HIV/aids.
- Identificar a atitude dos adolescentes frente ao preservativo.
- Verificar o efeito de recepção de vídeo informativo nas representações sociais sobre a aids, no conhecimento científico sobre o HIV/aids e nas atitudes frente ao preservativo de adolescentes do ensino médio.
- Comparar as representações sociais sobre aids, o nível de conhecimento sobre o HIV/aids e as atitudes frente ao preservativo entre os grupos de participantes, antes e após (em médio prazo) a visualização do vídeo normativo.
- Verificar o efeito da aplicação de caso simulado sobre a aids nas representações sociais, no conhecimento científico sobre o HIV/aids e nas atitudes frente ao preservativo de adolescentes do ensino médio.
- Comparar as representações sociais sobre a aids, o nível do conhecimento científico sobre o HIV/aids e as atitudes frente ao preservativo entre os grupos de participantes, antes e após(em médio prazo) e visualização do vídeo informativo.
- Verificar o efeito da aplicação de caso simulado sobre a aids nas representações sociais, no conhecimento científico sobre o HIV/aids e nas atitudes frente ao preservativo de adolescentes do ensino médio.

III- Comentário.

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante, haja vista que a moléstia em análise consiste numa complexa rede de relações e significados que, em seu

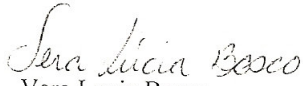
conjunto, articulam dimensões biológicas, políticas, sociais, culturais, éticas e morais. Interferem ainda interesses políticos e econômicos , que interferem nos programas de prevenção e no avanço da ciência.. O princípio da autonomia está atendido, porquanto há um TCLE bem formulado. O presente projeto merece aprovação.

IV – Parecer final:

Ante o exposto, somos pelo deferimento do projeto em análise.

Parecer do CEP:

(x)aprovado


Vera Lucia Bosco
Coordenadora do CEP

Data da Reunião do Conselho de Ética: 30 de outubro de 2006.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS

Questão Aberta – Grupo Vídeo com Discussão

Respostas	Resposta	Motivos Atribuídos
Sim, é justo dizer que os adolescentes correm mais riscos, pois há uma maior troca de parceiros , são influenciados pelos amigos e pelo próprio parceiro (a), não tem muitas experiências e assim menos responsabilidade . A grande parte dos jovens acha que a camisinha não dá maior prazer, pois tira a sensibilidade e preferem não usar camisinha.	Sim	Troca de parceiros Influência de amigos e parceiros Inexperiência Irresponsabilidade Camisinha tira o prazer
Concordamos, pois os Adolescentes estão se descobrendo , estão no ápice do prazer , e tendem a trocarem muito rápido e muitas vezes de parceiros . E também são a maior porcentagem de usuário de drogas , compartilhamento, muitas vezes, de seringas.	Sim	Descobrimto do corpo Busca do prazer Troca de parceiros Uso de drogas
Sim, porque os adolescentes estão em constante transformação de seu corpo , suas emoções, seus pensamentos, sem contar que é a fase em que estamos em contato com tudo, como as drogas e a sexualidade . Mesmo estando cientes da prevenção do hiv, sempre acham que não irá acontecer com eles e muitas vezes acham que a prevenção é inútil .	Sim	Transformação do corpo Uso de drogas Sexualidade Não acreditam que possa acontecer consigo Prevenção inútil
Não, os riscos são iguais para todos. Tem-se essa visão porque os jovens são sexualmente mais ativos.	Não	Riscos iguais
Achamos que é justo, sim, dizer que os jovens têm mais facilidade em se envolver em situações que propiciam a contaminação, devido ao modo muitas vezes impulsivo de agir da adolescência.	Sim	Impulsividade
Relativo, pois quando se fala do risco do adolescente de contrair hiv, tem que se levar em consideração alguns pros e contras: - os adolescentes têm mais acesso a informação , mas por outro lado ele é mais imaturado . - isso não quer dizer que os adolescentes não são o grupo que corre mais risco de se contaminar, pois os mais velhos já são os grupos aonde o hiv mais cresce.	Depende	Mais informação imaturidade
Problemas familiares – a falta de estrutura familiar pode fazer com que o adolescente corra em busca de soluções. Essa falta de	Depende	Falta de estrutura familiar Má companhia Uso de drogas

<p>estrutura pode se dar devido a separação do cônjuge, libertinagem e brigas. O adolescente vai procurar essa solução com os amigos. Companhias – os amigos, normalmente também com falta de estrutura, buscam a solução nas diversões perigosas e nas drogas. Essas drogas, quanto mais fortes, melhor. É aonde o adolescente vai compartilhar seringas e agulhas de drogas injetáveis. Quando não, eles correm atrás do divertimento sexual.</p> <p>Impulso sexual – nesta fase da vida, os hormônios têm uma influência alta no desenvolvimento dos adolescentes e os impulsos sexuais são mais fortes. Isso muitas vezes leva o adolescente a procurar sua satisfação sexual sem se importar com a prevenção e o parceiro. Inexperiência e confiança – o adolescentes, pela falta de experiência em ambos aspectos, confia facilmente no parceiro por uma simples demonstração de afeto. Isso aumenta a certeza do adolescente de que não há necessidade da camisinha. Falta de interesse – o adolescente hoje, tem várias informações a respeito da prevenção. Principalmente vindas da escola e da mídia. Mas a falta de interesse do adolescentes de se informar mais e de fazer a prevenção, em companhia dos outros fatores citados, contribui para adquirir o hiv.</p>		<p>Impulsividade hormonal Inexperiência Confiança no parceiro Falta de interesse</p>
<p>Os jovens possuem maiores riscos de contaminação graças ao seu espírito inconseqüente, pela explosão hormonal e algumas vezes pela falta de informação.</p>	Sim	<p>Hormônios Falta de informação</p>
<p>Sim. Pois hoje em dia, até existe informação, porém falta conscientização dada na hora da relação sexual. Os jovens são imprudentes, ficam sem jeito de usar a camisinha, pois pode parecer que não confiam no parceiro. Não é apenas um problema dos adolescentes. Os adultos, em namoros, ou traições podem contrair o hiv. E também, tem tornado-se freqüente na terceira idade.</p>	Sim	<p>Falta de conscientização Imprudência</p>
<p>Sim e não, pois existem dois tipos de adolescentes, os que têm acesso à informação e os que não tem. No primeiro caso (adolescentes informados) eles têm informações e sabem o que estão fazendo e</p>	Depende	<p>Falta de informação</p>

<p>se fizerem algo errado terão consciência. Já os adolescentes sem informação têm mais riscos por não saberem usar os métodos anticoncepcionais. Em geral os riscos são os mesmos, vai de cada um saber o que faz ou não. Hoje em dia muitos adultos estão tomando o lugar dos adolescentes e a taxa de contaminação está aumentando entre eles.</p>		
<p>Seria sim, pois a inexperiência sexual e a inconformidade com o mundo (o que leva ao uso de drogas) são fatores tipicamente encontrados na adolescência. Além de que existem muitos jovens, que ao contrário de nós, não tem nem informação básica sobre dst. Mas, não é isso o que encontramos em nossa realidade, levamos em consideração a informação que recebemos e vemos adultos inseqüentes e usuários de drogas. Todos que tem relações sem camisinha e usam drogas injetáveis tem chance. Portanto, o risco existiu e existe incessantemente tanto em jovens quanto em adultos e até idosos.</p>	Sim	<p>Inexperiência sexual Uso de drogas Falta de informação Relação sexual sem camisinha</p>
<p>Nós achamos que sim, pois na fase da adolescência de um modo geral, há uma maior ocorrência de relações sexuais e com pessoas diferentes.</p>	Sim	Vários parceiros
<p>Sim, pois os adolescentes na sua maioria, começam sua vida sexual cedo e muitas vezes não estão atentos nem preparados para seguir e confiar numa informação que é pobre de qualidade. Muitas vezes por se preocupar com o que o parceiro vai pensar, os adolescentes deixam de se preocupar com a sua segurança e acabam esquecendo que esta atitude pode comprometer sua própria vida.</p>	Sim	<p>Relação sexual precoce Falta de informação Preocupação com o parceiro</p>
<p>Sim, pelo fato de os adolescentes estarem, muitas vezes, em contato com drogas e sexo, torna-os mais suscetíveis a contaminação. Isso não quer dizer que outros grupos de faixas etárias diferentes não corram riscos.</p>	Sim	<p>Uso de drogas Relação sexual</p>
<p>Sim, porque os adolescentes não se preocupam com as conseqüências, estão em uma fase de curiosidade, de fazer o que bem entendem sem ouvir os outros e querer sempre mais, acham que não vai acontecer com eles, não acredita, que o seu</p>	Sim	<p>Inconseqüência Não acreditam que vai acontecer consigo</p>

parceiro possa ter o vírus hiv porque é bonitinho, arrumadinho.		
Sim, é justo, pois os adolescentes são mais irresponsáveis e vulneráveis , e acham que o problema nunca irá acontecer com eles , então eles são os próprios culpados.	Sim	Irresponsabilidade Vulnerabilidade Não acreditam que vai acontecer consigo
Sim, devido a falta de experiência dos jovens, o descaso quanto a situação, o sentimento de invulnerabilidade .	Sim	Inexperiência Invulnerabilidade
Sim, uma vez que os jovens têm um espírito de invulnerabilidade (se acham invencíveis) e não levam em conta os riscos de sofrer a conseqüências. Além de que estão expostos a outras formas de contaminação do que a relação sexual como o uso de drogas injetáveis, expostos também aos estupros. Muitas vezes o jovem por não querer contrariar o que seus amigos e namorado dizem acabam ignorando o uso do preservativo e após contrair ficam com vergonha e tentam ignorar o que aconteceu.	Sim	Invulnerabilidade Uso de drogas Influencia doa amigos e parceiro
Sim, os hormônios estão a flor da pele com o descobrimento da sua sexualidade . Muitas vezes na sua busca insaciável de prazer e sexo , esquecem das suas responsabilidades para com si mesmo. Se superando principalmente a ter relações sem preservativos sem saber que muitas vezes o parceiro, ou a parceira, está infectada com o vírus hiv, assim os adolescentes estão mais sujeitos a contrariar o hiv.	Sim	Hormônios Descobrimento da sexualidade Busca do prazer e sexo Relações sexuais sem preservativo
Os jovens não correm mais riscos que os adultos, mas ultimamente pelo fato de começarem sua vida sexual mais cedo , acabam se contaminando e passam a ser portadores do vírus hiv. Mas os jovens variam mais de parceiros do que os adultos, e muitas vezes esquecem do uso do preservativo , comprometendo assim a sua própria vida.	Sim	Início da vida sexual precoce Vários parceiros Esquecem de usar o preservativo
O grupo não entrou em consenso, pois achamos que não seria justo afirmar e nem negar ter afirmativa. Achamos que adolescentes não tem um caráter formado , sendo assim mais vulneráveis, pois estão numa fase de descoberta. Mas também nossa geração é a que possui mais informações , sendo assim mais instruídas.	Depende	Não possuem caráter formado Fase de descobertas Possuem mais informação

Sim, pois os jovens são irresponsáveis, imaturos , e tomam certas atitudes sem pensar nas conseqüências . Isso acontece principalmente nas festas , onde ficam com qualquer um, sem se prevenir , e provavelmente sob o efeito de drogas .	Sim	Irresponsabilidade Imaturidade Inconseqüentes Uso de drogas Festas Ficam sem prevenção
Se tratando de um grupo de mesma instrução, é justo, pois os adolescentes têm mais parceiros e sempre acham que nunca vai ser com ele . Mas às vezes, um adolescente instruído e um adulto menos instruído, não se pode dizer o mesmo.	Sim	Mais de parceiros Nunca vai acontecer com eles
Todas as pessoas correm o mesmo risco, porém os adolescentes mesmo tendo acesso a muitas informações sobre a aids , na hora de por em prática o que aprenderam, agem com negligencia pois preferem aproveitar o momento sem se preocupar com as futuras conseqüências.	Mesmo risco	Mais informação Negligência Preferem aproveitar o momento
Sim, porque os jovens estão começando suas relações sexuais , então não ligam muito. E também com pessoas em festa é normal, e as vezes transar também, e se não tiver preservativo, nem pensar em nada na hora, agindo por impulso . Porque adolescentes não pensam nas conseqüências . Já pessoas mais adultas sim.	Sim	Início da vida sexual Festas Transar sem preservativo Impulsividade Não pensam nas conseqüências
Sim, pois os jovens são muitas vezes irresponsáveis, não pensam nas conseqüências dos seus atos , acham que nada os atinge , não se cuidam, muitas vezes têm vergonha de pedir ao parceiro para usar camisinha . É a adolescência uma época de descobertas e quando grande parte das pessoas iniciam sua vida sexual . Muitos adolescentes também não tem informação , o que pode causar a contaminação pelo hiv.	Sim	Irresponsabilidade Não pensam nas conseqüências Nada os atinge Vergonha do parceiro Descobertas Início da vida sexual Falta de informação
Acho que nós jovens estudamos em um colégio bom temos mais informações que o resto da população jovial brasileira, portanto um pouco menos de risco, mas este depende da cabeça de cada um .	Depende	Mais informação Depende de cada um
Sim, pois mesmo possuindo essa grande quantidade de informação, o jovem de hoje não pensa nas conseqüências , e na hora de usar drogas ou fazerem sexo nem pensarão nem exitarão em não usarem proteção.	Sim	Não pensa nas conseqüências Uso de drogas Sexo sem preservativo
Sim, porque os adolescentes são imaturos e	Sim	Imaturidade

não medem seus atos, não tem muita responsabilidade, deixando-se levar por opiniões de amigos , se preocupando apenas com o que os outros irão pensar e esquecendo que a saúde é mais importante. Apesar de todos correm riscos, os adolescentes estão mais propensos a se contaminarem.		Irresponsabilidade Influência de amigos
Achamos que os adolescentes correm mais riscos, pois os mesmos possuem dificuldades de dialogar com seus familiares , sobre método contraceptivo e drogas injetáveis. Muitas mesmo tendo informações sobre o assunto se arriscam porque acham que isto não está presente nos seus vínculos .	Sim	Dificuldade em dialogar com a família Acham que não está presente em seus vínculos.
Sim. Porque a maioria dos adolescentes faz as coisas sem pensar nas conseqüências e são facilmente influenciados pelos seus amigos .	Sim	Não pensam nas conseqüências Influência dos amigos
Sim. Pois na adolescência os hormônios estão a flor da pele, os adolescentes sempre pensam que não vai acontecer com eles , e por serem rebeldes e ingênuos acabam por não usar o preservativo .	Sim	Hormônios Pensam que não acontecer com eles Rebeldia e ingenuidade não usam o preservativo
Sim, pois os adolescentes tendem a ser mais irresponsáveis e não medir as conseqüências de seus atos . Outras vezes, a transmissão acontece por falta de informação , embora este seja um problema que raramente atinge jovens de classe média.	Sim	Irresponsabilidades Não medem as conseqüências Falta de informação
Achamos que sim, pois os jovens são os mais irresponsáveis hoje me dia. Estão muito afobadinhos e muito curiosos em relação ao sexo . Dentro do nosso grupo achamos que a falta de informação não é o grande problema, pois temos muito.	Sim	Irresponsabilidade Curiosidade em relação ao sexo
Sim, porque nós não temos muita experiência , e muitas vezes somos ignorantes achando que nunca vai acontecer com a gente , sem contar que devido ao fato de sermos jovens e praticamos bastante sexo .	Sim	Inexperiência Acham que não pode acontecer com eles Jovens praticam mais sexo
Sim, pois apesar da informação, falta experiência e maturidade .	Sim	Inexperiência Imaturidade
Sim, pois acreditam que mesmo tendo mais oportunidades, relações sexuais ou utilizarem drogas não se contaminam .	Sim	Acham não podem se contaminar
Sim, os adolescentes possuem uma vida	Sim	Vida sexual mais intensa

sexual mais intensa e tendem a ter mais oportunidades a utilizar drogas .		Uso de drogas
Sim, porque os jovens estão se tornando cada vez mais sexualmente ativos e expostos ao uso de drogas . E são também aqueles que têm menor conhecimento dos riscos de infecção da doença.	Sim	Sexualmente ativos Uso de drogas Menor conhecimento
Sim, pois os jovens querem novas experiências , se arriscando mais e muitas vezes confiam nos seus parceiros e por amor e ingenuidade achando que serão mais amados, coisa que não quer dizer nada. Namorando não é sinônimo de segurança.	Sim	Novas experiências Confiança no parceiro
Sim. Porque o jovem é muito mais impulsivo e inconseqüente , apostam de ter liberdade, e ir atrás de algo novo e diferente, nós não acreditamos que algo pode acontecer com a gente e achamos que somos imortais. Já um adulto é mais maduro e penso mais as conseqüências e os riscos que correm e o adolescente age mais por impulso, se expondo a grandes riscos, vivem de apenas do momento.	Sim	Impulsividade Inconseqüente Acham que não vai acontecer com eles
Sim, porque nesta idade os jovens não têm tanta responsabilidade, informação e até vontade de se cuidar , pois os jovens sempre pensam que essas coisas não acontecem com ele . Os jovens são mais descuidados e é a faixa etária que tem maior número de parceiros .	Sim	Irresponsabilidade Falta de informação Falta de vontade de se cuidar Que não vai acontecer com consigo Descuidados Maior número de parceiros