

Elementos caracterizadores das representações sociais da aids para adultos

Jean Carlos Natividade

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – RS, Brasil

Brigido Vizeu Camargo

Universidade Federal de Santa Catarina – SC, Brasil

Resumo

Elementos caracterizadores das representações sociais da aids podem revelar como as pessoas pensam e agem diante dessa doença. Nesta pesquisa, teve-se por objetivo encontrar elementos das representações sociais da aids para adultos e verificar relações entre os elementos e grupos formados a partir das variáveis sociodemográficas. Através de um questionário autoaplicável, 480 pessoas foram acessadas, com média de idade de 25,4 anos, 67,7% eram mulheres, com escolaridade variável entre 9 a mais de 15 anos de estudos e profissões ligadas ou não à área da saúde. Obteve-se um total de 28 elementos representativos da aids, os prováveis pertencentes ao núcleo central foram: prevenção; preservativo; doença; transmissão; sexo; descuido; medo e sofrimento. Também se verificaram associações significativas entre os grupos e a frequência para a maioria dos elementos, de forma que elementos de carga afetiva estiveram mais presentes entre os grupos de mulheres de menor escolaridade e não ligados à saúde.

Palavras-chave: Representação social, Aids, Adultos.

Characterizing elements of the social representations of adults on aids

Abstract

Characterizing elements of the social representations on aids may reveal how people think and act towards this illness. This study aimed to identify elements of the social representations of adults about aids and to verify relationships between the elements and groups formed from sociodemographic variables. Through a self-administered questionnaire, 480 people were accessed, with an age mean of 25.4 years, 67.7% of whom were women, school education ranging from 9 to over 15 years of study, and occupations linked or not to the health area. A total of 28 elements representative of aids were obtained. The likely components of the central core were: prevention, preservative, illness, transmission, sex, lack of care, fear and suffering. Significant associations were verified also among the groups and the frequencies for most elements, so that affectively loaded elements were more present among groups of female, of participants with less education years and not linked to health.

Keywords: Social representation, Aids, Adults.

Introdução

As representações sociais são definidas como o conhecimento elaborado socialmente e partilhado entre as pessoas, com um objetivo prático, que converge para a construção de uma realidade comum a um grupo social sobre um determinado objeto (Jodelet, 2001). A partir das representações, se acessa a forma como as

pessoas compreendem um fenômeno e os elementos que utilizam para orientar e justificar suas ações (Rouquette, 1998). Quando o objeto de representação é a aids, as representações sociais podem fornecer elementos de caracterização de como grupos de pessoas pensam e agem diante dessa doença.

A comunicação, sobretudo a linguagem, é a principal responsável pela formação desse conhecimento compartilhado (Moscovici, 2003) e, no processo de formação das representações sociais, palavras ou expressões ganham qualificação de elementos caracterizadores que se relacionam entre si dando forma às representações. Esses elementos organizam-se em volta de uma estrutura específica, de maneira hierarquizada e com um núcleo central (Abric, 1998). Em torno deste núcleo organizam-se elementos periféricos.

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

Os estudos sobre representações sociais, de acordo com o interesse da pesquisa, podem se dividir entre duas principais orientações: uma que procura compreensão dos processos geradores e mantenedores do conhecimento compartilhado; e outra que busca a estrutura organizativa desse conhecimento (Nascimento-Schulze & Camargo, 2000). Muitas vezes esses interesses são combinados em uma mesma pesquisa, em outras são investigados independentemente. No que tange a pesquisas sobre representações sociais da aids destacaram-se como de características compreensivas os estudos de Andrade e Nóbrega-Therrien (2005), Azevedo, Fonseca, Coutinho e Saldanha (2006), Brasileiro e Freitas (2006), Camargo (2000), Cardoso e Arruda (2004), Castanha e Araújo (2006), Castanha, Coutinho, Saldanha e Ribeiro (2006), Giacomozzi e Camargo (2004), Oltramari e Camargo (2004), Palacios e Alba (2006) e Ribeiro, Coutinho, Saldanha e Azevedo (2006a), Rodrigues, Sobrinho e Silva (2005). Enquanto nos estudos de Camargo, Barbará e Bertoldo (2007), Flores-Palacios e Leyva-Flores (2003), Goodwin et al. (2003), Marques,

Oliveira e Francisco (2003), Marques, Oliveira e Gomes (2004); Natividade (2009), Ribeiro, Castanha, Coutinho e Saldanha (2005), Ribeiro, Coutinho e Saldanha (2004), Ribeiro, Coutinho, Saldanha e Castanha (2006b), Thiengo, Oliveira e Rodrigues (2002) e de Tura (1998) encontrou-se a saliência de aspectos estruturais das representações sociais da aids.

As representações sociais são fenômenos grupais, como tal, cada grupo de pessoas representa de forma específica e singular determinados objetos (Jodelet, 2001). As representações sociais da aids em grupos de adolescentes estudantes do ensino médio foram examinadas por Camargo et al. (2007), que demonstraram a presença dos seguintes elementos em seu núcleo: descuido, doença, irresponsabilidade, medo, morte, preservativo, prevenção, preconceito, sexo, sofrimento e tristeza. Tura (1998) também encontrou para adolescentes os elementos morte, sexo, camisinha e doença como centrais para a representação social da aids. Natividade (2009) verificou, a partir da valorização simbólica de 11 elementos previamente identificados como centrais para a representação social da aids para adolescentes, que três fatores poderiam ser considerados como representativos da aids para o grupo estudado: responsabilidade perante o contágio, medo das consequências do contágio e descrição da aids.

Thiengo et al. (2002) identificaram que nas representações de adolescentes sobre a aids permeavam noções de prevenção sexual. Azevedo et al. (2006) constataram que, para adolescentes mais novos (12 a 14 anos), as representações sociais da aids estavam vinculadas a afetos negativos e a prevenção, enquanto para os mais velhos (18 a 19 anos) a representação trazia à tona características de responsabilidade perante o contágio. Fora do Brasil, Flores-Palacios e Leyva-Flores (2003), encontraram no núcleo central das representações sociais da aids, para um grupo de estudantes do ensino médio da Cidade do México, três elementos: morte, doença e sexo. Enquanto no sistema periférico, identificaram os elementos: baixa autoestima, sofrimento, hospitais, sangue, tristeza, homossexuais, imunodeficiência, preocupação, terror, adolescência, degenerados, degradação, parceiro, ignorância.

Também no México, Palacios e Alba (2006) investigaram as representações sociais de jovens universitários mexicanos acerca da

aids e identificaram duas dimensões de conhecimento: uma ligada ao conhecimento prático, com conteúdo sobre formas de contágio e prevenção; e outra relacionada ao conhecimento especializado sobre danos causados pelo HIV. Já no Brasil, Camargo (2000), em um grupo de universitários, encontrou como elementos centrais da representação social da aids: sexo e prevenção, o que caracterizou a relação da aids com a noção de prevenção sexual. Ao comparar as representações do grupo de homens e do grupo de mulheres, Camargo (2000) observou que para os homens a aids aparecia como uma doença temível que deveria ser prevenida e estava ligada ao sexo e ao uso de drogas. Para as mulheres, estaria ligada ao sexo e à morte, devendo ser prevenida por meio da adoção do uso de preservativo. O discurso sobre o uso do preservativo das mulheres foi associado nos estudos de Giacomozzi e Camargo (2004) e Oltramari e Camargo (2004) à ausência de parceiro fixo, no sentido que as participantes de seus estudos salientaram a importância do uso do preservativo caso não tivessem parceiros fixos. Para homens, Andrade e Nóbrega-Therrien (2005) encontraram a aids vinculada à sexualidade e à morte; e, embora se percebessem como vulneráveis à doença, os homens pesquisados pareciam desvincular a aids do seu cotidiano real.

Goodwin et al. (2003) investigaram representações sociais da aids entre adultos de diferentes culturas (Estônia, Geórgia, Hungria, Polônia e Rússia) e ocupações (profissionais da saúde e empresários). Os elementos mais frequentemente evocados foram (em ordem decrescente): doença, morte, drogas, sangue, homossexual, camisinha, atividade sexual, medo, África, prostituição, sexo casual, infortúnio e intolerância, desesperança. Os autores verificaram não haver diferenças significativas nos elementos evocados por profissionais da saúde e empresários, o que também ocorreu em relação à comparação entre os países.

No Brasil, Marques et al. (2003) apontaram que trabalhadores da enfermagem de um hospital indicavam em suas representações sobre a aids noções de possibilidade de prevenção da doença, enquanto trabalhadores técnicos-administrativos do mesmo hospital não apresentavam essa noção, mas sim elementos de carga afetiva ligados à doença. A noção de prevenção foi encontrada por

Castanha e Araújo (2006) entre agentes de saúde relacionada ao sexo feminino e à idade mais elevada dessas trabalhadoras. Marques et al. (2004) também encontraram relação com a idade elevada e a inclusão da noção de prevenção sexual no núcleo das representações sociais da aids para trabalhadores de um hospital. Ainda com profissionais de saúde, Ribeiro et al. (2004) e Ribeiro et al. (2006b) encontraram a ideia de solidariedade e apoio nas representações dos grupos de trabalhadores com idades mais elevadas. De outro modo, Rodrigues et al. (2005) identificaram um conhecimento fragmentado sobre aids entre profissionais de saúde que poderiam estar orientando práticas preconceituosas no acolhimento de pacientes.

Ao estudar os pacientes soropositivos, Ribeiro et al. (2006a) encontraram representações que marcavam o preconceito percebido pelos portadores do vírus, enquanto Cardoso e Arruda (2004) e Ribeiro et al. (2005) encontraram representações envoltas por noções de possibilidades de tratamento e ameaça à vida. O tratamento para a aids foi semelhantemente salientado na pesquisa de Castanha et al. (2006), incluindo a ancoragem da aids na categoria de doença crônica. Enquanto ameaça à vida foi também destacada por Brasileiro e Freitas (2006) em representações de portadores de HIV com mais de 50 anos de idade.

Tendo em vista a pluralidade de noções encontrada nas caracterizações das representações sociais da aids e, de certa forma, a tendência a se encontrar pontos comuns nos elementos formadores das representações desse objeto, buscou-se neste estudo: 1) descrever elementos caracterizadores da representação social da aids para adultos; 2) verificar relações na evocação de elementos da representação social da aids entre grupos formados *a posteriori* a partir das variáveis sexo, escolaridade e área de atuação profissional (área da saúde e não saúde).

Método

Participantes

Participaram 480 pessoas, amostra de conveniência, com idades variáveis entre 18 e 63 anos ($M = 25,4$ anos; $DP = 8,2$ anos), 67,7% eram mulheres ($n = 325$ mulheres). Do total de participantes, 65,2% declararam possuir uma

fonte de renda mensal, que variou entre R\$ 250,00 a R\$ 12.000,00, a média de rendimentos mensais foi de R\$ 1.470,63 ($DP = R\$ 1.334,84$). Sobre a situação conjugal, 75% declararam-se solteiros (dentre esses 56% namoravam), 22,3% casados ou em união estável e 2,7% separados ou divorciados.

Quanto à escolaridade, 20% dos participantes tinham de 9 a 11 anos de estudo (estudantes do Ensino Médio), 55,8% de 12 a 15 anos de estudo (estudantes de Curso Superior) e 24,2% mais de 15 anos de estudo (estudantes de Pós-graduação). Dos participantes com 12 a 15 anos de estudos, 51,7% eram estudantes de cursos de graduação de áreas não relacionadas à saúde, como: Administração, Ciências Contábeis, Direito, Pedagogia e Publicidade; outros 48,3% eram estudantes de cursos de graduação ligados à área da saúde, tais quais: Enfermagem, Farmácia, Medicina e Nutrição. Dos participantes com mais de 15 anos de estudos, 53% eram graduados em cursos não ligados à área da saúde, como: Administração, Arquitetura, Comércio Exterior, Ciências Contábeis, *Design* Gráfico, Economia, Hotelaria e Turismo, Letras, Pedagogia, Processamento de dados, Publicidade e Propaganda e Secretariado Executivo; os outros 47% dos participantes eram graduados em cursos relacionados à área da saúde, a saber: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina e Psicologia.

Instrumentos

Utilizou-se, como instrumento de coleta de dados, um questionário autoaplicável de respostas abertas e fechadas, com 10 questões divididas em dois blocos: (a) sociodemográficas (oito questões) e (b) representações sociais (duas questões).

a) *Sociodemográficas*: sexo (masculino ou feminino), idade (em anos), escolaridade (Ensino Médio, Graduação ou Pós-graduação), curso que frequenta, profissão ou ocupação, o valor dos rendimentos mensais (em Reais), estado civil e se namora ou não;

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

importantes entre as cinco citadas na primeira questão.

Procedimentos

Os participantes foram localizados através de quatro instituições de ensino de Santa Catarina, uma de Ensino Médio para jovens e adultos, uma de ensino de Graduação, uma de Pós-graduação e uma de Graduação e Pós-graduação. Após contato com responsáveis pelas instituições, agendaram-se as aplicações coletivas por turmas, durante os horários e nos próprios locais onde os participantes tinham aulas. As coletas duraram em média 15 minutos para cada turma e foram precedidas, além das considerações éticas, por instruções sobre como responder ao questionário: atentar para leitura dos enunciados, responder conforme a ordem que as questões apareciam, responder individualmente, não deixar itens sem resposta. Após a coleta de dados nas turmas de Ensino Médio para jovens e adultos, procedeu-se uma orientação sobre formas de contágio e prevenção ao HIV, conforme solicitação da instituição.

Os dados foram analisados em conjunto e em todas as análises inferenciais adotou-se o nível de significância de 0,05. As respostas sociodemográficas tiveram suas frequências, médias e desvios padrões calculados para descrever os participantes e foram relacionadas entre si através de correlação de *Pearson*, teste qui-quadrado, teste t de *Student*, ANOVA *one-way*. A escolaridade foi classificada em três grupos correspondentes aos anos de estudo que os participantes possuíam: 9 a 11 anos de estudos (para aqueles que cursavam Ensino Médio), 12 a 15 anos de estudos (para aqueles que cursavam Graduação) e mais de 15 anos de estudos (para aqueles que cursavam Pós-graduação). A profissão e/ou o curso que frequentavam permitiu agrupar os participantes em dois grupos: relacionado à área da saúde, não relacionado à área da saúde.

As palavras oriundas da questão sobre a representação social da aids tiveram suas frequências de evocação calculadas; em seguida, foram agrupadas de acordo com a semelhança de significado, a partir da avaliação de dois juízes, e formaram-se categorias, essas categorias denominaram-se elementos da representação social da aids. Todas as palavras com mais de cinco evocações integraram um elemento, de forma que mais de 90% do total

de evocações foi contabilizado. Então se calculou a frequência de participantes que citaram cada elemento, denominou-se frequência de citação de cada elemento, e, através da ordem de evocação (variável de primeiro a quinto elemento citado), as médias e desvios padrões de prontidão de evocação de cada um. Para a prontidão de evocação, estipulou-se que, quando citado em primeira ordem, atribuiu-se cinco pontos; em segunda ordem, quatro pontos; em terceira, três pontos; em quarta, dois pontos; em quinta, um ponto; não citado o elemento, zero pontos e não se computava o participante no cálculo da média; casos em que o elemento foi citado em mais de uma ordem, computou-se a de maior pontuação (maior prontidão). Foram testadas associações entre frequência de participantes que evocaram os elementos e as variáveis sociodemográficas sexo, escolaridade e grupo saúde/não saúde através de teste qui-quadrado e exato de Fisher, e as diferenças entre médias de prontidão de evocação através do teste t de Student e ANOVA one-way.

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

O desenvolvimento da pesquisa deu-se conforme a resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob número 200/09.

Resultados

A média de idade dos participantes foi equivalente entre os sexos [$t(478) = 0,38; p = 0,70$], a renda mensal também não se mostrou diferente entre homens e mulheres [$t(311) = 0,91; p = 0,36$]. Já o nível de escolaridade associou-se ao sexo dos participantes [$X^2(2, N = 480) = 9,41; p < 0,01$], de forma que 55,2% dos

participantes com 9 a 11 anos de estudos eram mulheres, 69,4% dos que tinham de 12 a 15 anos de estudos eram mulheres e 74,1% dos que tinham 16 ou mais anos de estudos também eram do sexo feminino.

As médias de idades dos participantes com diferentes níveis de escolaridade mostraram-se diferentes, os mais velhos tinham mais de 15 anos de estudos ($M = 31,4$ anos; $DP = 7,7$ anos), os mais novos tinham de 12 a 15 anos de estudos ($M = 22,0$ anos; $DP = 5,1$ anos), já os com 9 a 11 anos de estudo tinham em média 27,7 anos ($DP = 10,8$ anos) [$F(2) = 73,31; p < 0,01$].

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

Com relação às evocações, obteve-se um total de 2.377 ocorrências distribuídas entre 384 palavras diferentes. A partir do agrupamento de palavras com significados semelhantes, foram configurados 28 elementos que abarcaram 90,35% do total de evocações. A Tabela 1 apresenta os elementos das representações sociais da aids, o número de evocações dos elementos, o número de palavras diferentes que compõem os elementos, a frequência de pessoas que citaram e a média de prontidão de evocação dos elementos. Também se calculou a média da frequência de citação (Mfc) de todos os elementos que foi de 71,71 participantes e a média de prontidão de evocação (Mpe) para todos os elementos que foi de 3,00 pontos.

Tabela 1 - Elementos, número de evocações por elemento, número de palavras diferentes que compuseram os elementos, frequência de participantes que os citaram e média de prontidão de evocação.

Elementos	Número de evocações	Número de palavras	Frequência de participantes	Média de prontidão
Doença	211	5	208	4,25 (DP= 1,16)
Morte	173	15	168	2,93 (DP= 1,43)
Preservativo	150	4	146	3,08 (DP= 1,24)
Sexo	140	6	140	3,28 (DP= 1,28)
Prevenção	129	4	128	3,38 (DP= 1,48)
Sofrimento	178	11	128	3,05 (DP= 1,40)
Preconceito	142	10	127	2,72 (DP= 1,41)
Cuidados	127	12	104	2,94 (DP= 1,41)
Transmissão	107	8	100	3,42 (DP= 1,33)
Medo	90	2	86	3,08 (DP= 1,55)
Descuido	93	11	78	3,13 (DP= 1,22)
Tratamento	83	11	78	2,18 (DP= 1,18)
Conscientização	81	22	71	2,56 (DP= 1,33)
Sem cura	63	3	62	2,82 (DP= 1,44)
Grupo de risco	51	24	43	2,74 (DP= 1,16)
Vírus	42	3	41	3,68 (DP= 1,35)
Drogas	41	7	39	2,59 (DP= 1,12)
DST	36	2	36	4,08 (DP= 1,27)
Imunidade	33	5	31	3,13 (DP= 1,28)
Perigo	31	2	31	2,87 (DP= 1,43)
Sangue	37	6	29	2,52 (DP= 0,99)
Apoio	33	11	27	2,40 (DP= 1,19)
Superação	28	8	26	2,04 (DP= 1,04)
Vida	22	4	22	2,23 (DP= 1,38)
Sintomas	21	10	20	3,10 (DP= 1,17)
Grave	17	10	15	3,60 (DP= 1,24)
Problema	14	4	14	2,78 (DP= 1,31)
Saúde	10	2	10	3,50 (DP= 1,08)

Observou-se que os elementos *doença*, *transmissão*, *prevenção*, *sexo*, *descuido*, *preservativo*, *medo* e *sofrimento* obtiveram frequência de citação e prontidão de evocação superiores às médias (prováveis elementos do núcleo central da representação social). Os elementos *morte*, *cuidados*, *preconceito*, *conscientização* e *tratamento* tiveram frequência

superior à média, porém foram menos prontamente evocados (prováveis elementos intermediários da representação social). Os elementos *DST*, *vírus*, *grave*, *saúde*, *imunidade* e *sintomas* apresentaram frequência inferior à média, mas prontidão de evocação superior (prováveis elementos intermediários da representação social). Já os elementos *perigo*,

sem cura, problema, pessoas, drogas, sangue, apoio, vida e superação apresentaram frequência e média de prontidão inferiores à média (elementos periféricos da representação social). A partir da questão sobre a escolha das duas palavras mais importantes entre as evocadas pelos participantes, constatou-se que dois elementos tiveram frequências de citação superiores à média: *prevenção* e *preservativo* (confirmados no núcleo central). A Figura 1 ilustra tais observações.

Quando comparadas as frequências de citação entre os participantes do sexo masculino e feminino, verificou-se que quatro elementos associaram-se ao sexo: *transmissão* [$X^2(1, N = 480) = 7,37; p < 0,01$]; *medo* [$X^2(1, N = 480) = 7,52; p < 0,01$]; *grupo de risco* [$X^2(1, N = 480) = 11,92; p < 0,01$]; *sangue* [$X^2(1, N = 480) = 5,33; p < 0,05$]. *Transmissão* foi citado por 24,3% das mulheres, contra 13,5% dos homens. *Medo*, por 21,2% das mulheres e 11% dos homens. Já o elemento *grupo de risco* foi evocado por 15,5% dos homens, enquanto 5,8% das mulheres o

evocou. E o elemento *sangue*, 9,7% dos homens o citou e 4,3% das mulheres. Quanto à prontidão de evocação, o elemento *sexo* diferenciou-se entre homens ($M = 3,67$ pontos; $DP = 1,25$ pontos) e mulheres ($M = 3,05$ pontos; $DP = 1,24$ pontos) [$t(138) = 2,89; p < 0,01$].

A escolaridade dos participantes associou-se aos elementos *sofrimento* [$X^2(2, N = 480) = 10,11; p < 0,01$]; *preconceito* [$X^2(2, N = 480) = 16,34; p < 0,01$] e *grupo de risco* [$X^2(2, N = 480) = 6,31; p < 0,05$]. *Sofrimento* foi citado por 37,5% dos participantes com 9 a 11 anos de estudos, por 26,5% dos com 12 a 15 anos de estudos e por 18,1% dos com mais de 15 anos de estudos. *Preconceito* foi evocado por 41,5% dos participantes com 9 a 11 anos de estudos, por 20,5% dos com 12 a 15 anos de estudos e por 27,6% dos com mais de 15 anos de estudos. Dos participantes com 9 a 11 anos de estudo, 8,3% citou o elemento *grupo de risco*, 6,7% dos com 12 a 15 anos de estudos o citou e 14,7% dos com mais de 16 anos de estudos também.

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

* Consideradas as mais importantes.

Figura 1 - Quadrantes das representações sociais da aids.

Com relação às diferenças entre prontidão de evocação, constatou-se que os elementos *preconceito* [$F(2) = 6,25; p < 0,05$] e *medo* [$F(2) = 7,66; p < 0,05$] foram diferentes para os participantes com níveis de escolaridade diferentes. *Preconceito* foi mais prontamente evocado por aqueles com 9 a 11 anos de estudo ($M = 3,18$ pontos; $DP = 1,45$ pontos) que por aqueles com 12 a 15 anos de estudos ($M = 2,55$ pontos; $DP = 1,44$ pontos) e com mais de 15 anos de estudos ($M = 2,44$ pontos; $DP = 1,19$ pontos). O elemento *medo* foi mais prontamente citado por aqueles com mais de 15 anos de estudos ($M = 3,62$ pontos; $DP = 1,56$ pontos) comparado aos com 12 a 15 anos de estudos ($M = 2,71$ pontos; $DP = 1,49$ pontos), entre os com 9 a 11 anos de estudos ($M = 3,17$ pontos; $DP = 1,50$ pontos) e os outros dois grupos não houve diferenças.

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

Ao se testarem as diferenças entre prontidão de evocação para os dois grupos,

verificou-se que *imunidade* foi mais prontamente evocado pelo grupo da saúde ($M = 3,21$ pontos; $DP = 1,29$ pontos) que pelo grupo não saúde ($M = 2,00$ pontos; $DP = 0$) [$t(28) = 5,03; p < 0,01$]. *Sintomas* foi mais prontamente evocado pelos participantes da área da saúde ($M = 3,64$ pontos; $DP = 1,03$) que por aqueles da área não saúde ($M = 2,44$ pontos; $DP = 1,01$ pontos) [$t(18) = 2,60; p < 0,05$]. O elemento *grave* foi mais prontamente citado pelos participantes do grupo não saúde ($M = 3,92$ pontos; $DP = 1,16$ pontos) que por aqueles do grupo saúde ($M = 2,33$ pontos; $DP = 0,58$ pontos) [$t(13) = 2,24; p < 0,05$]. O elemento *saúde* foi evocado mais prontamente pelo grupo não saúde ($M = 4,00$ pontos; $DP = 0,58$ pontos) que pelo grupo saúde ($M = 2,33$ pontos; $DP = 1,15$ pontos) [$t(8) = 3,16; p < 0,05$].

Discussão

Os elementos encontrados como possíveis pertencentes ao núcleo central das representações sociais da aids foram: *doença; transmissão; prevenção; sexo; descuido; preservativo; medo e sofrimento*. Alguns desses elementos também já foram descritos como pertencentes ao núcleo central da representação social da aids para grupos de adolescentes (Camargo et al., 2007; Flores-Palacios & Leyva-Flores, 2003; Thiengo et al., 2002; Tura, 1998), universitários (Camargo, 2000; Palacios & Alba, 2006), idosos (Brasileiro & Freitas, 2006), portadores de HIV (Cardoso & Arruda, 2004; Castanha et al., 2006; Ribeiro et al., 2005; Ribeiro et al., 2006a), profissionais de saúde (Castanha & Araújo, 2006; Coutinho et al., 2004; Marques et al., 2003; Marques et al., 2004; Ribeiro et al., 2005; Ribeiro et al., 2006a; Ribeiro et al., 2006b; Rodrigues et al., 2005), trabalhadores em geral (Goodwin et al., 2003; Marques et al., 2003; Marques et al., 2004; Ribeiro et al., 2006a).

Os elementos que caracterizaram o sistema periférico para esta amostra (*morte, cuidados, preconceito, conscientização, tratamento, DST, vírus, grave, saúde, imunidade, sintomas, perigo, sem cura, problema, grupo de risco, drogas, sangue, apoio, vida, superação*) também coincidem com elementos descritores desse sistema para a representação social da aids de grupos de adolescentes, universitários, idosos, profissionais de saúde, portadores de HIV, trabalhadores em geral. Sejam pertencentes ao núcleo central ou ao sistema

periférico, os elementos da representação social da aids evocados pela amostra deste estudo encontram-se em acordo com os citados por amostras de pessoas de idades, nacionalidades (Palacios & Alba, 2006; Flores-Palacios & Leyva-Flores, 2003; Goodwin et al., 2003), profissões e escolaridades diferentes.

Os elementos confirmados como os mais representativos da aids pelos participantes foram *prevenção* e *preservativo*. Esses achados foram encontrados também por Camargo et al. (2007), Castanha e Araújo (2006), Marques et al. (2004), Palacios e Alba (2006) ressaltam a importância associada à prevenção como elemento central da representação social da aids. Apesar de pesquisas nacionais (Ministério da Saúde, 2008) apontarem uma utilização inconstante do preservativo como estratégia de prevenção sexual, nota-se que, em geral, os participantes declararam como importantes à prevenção e uso do preservativo quando se referiram à aids. Isso corrobora a inferência de que o núcleo da representação social da aids para essa amostra apresenta elementos dissociados da vivência cotidiana e carregados de símbolos idealizados, embora de fato não se tenham associações entre o uso ou não do preservativo e a evocação de elementos da representação social.

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

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

Com relação às associações entre evocação de elementos e a escolaridade dos participantes, verificou-se que aqueles com menos escolaridade (9 a 11 anos de estudos) citaram mais frequentemente que os demais participantes os elementos *sofrimento* e *preconceito*. Estima-se que a associação ao elemento *sofrimento* refira-se a um desconhecimento científico sobre o tratamento e transcurso da aids, tal como concluíram Cardoso e Arruda (2004) para soropositivos ao HIV não aderentes ao tratamento. O elemento *preconceito*, também mais prontamente evocado por essa população, suscita uma empatia pelos portadores de HIV e por possíveis situações de discriminação vivida por eles. Ribeiro et al. (2006b) verificaram o *preconceito* como importante elemento na representação social da aids para doentes de aids, o que exalta a ideia de discriminação vivida por essas pessoas e consequente associação do preconceito à aids também pelos não doentes de aids, seja por empatia ou por seus próprios preconceitos. Estima-se que esse grupo (menos escolaridade) possa também ter vivenciado com maior frequência algum

preconceito em função da pouca escolaridade em relação à idade e dessa forma transpor com maior frequência esse elemento para a representação social da aids.

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

No tocante às diferenças entre evocação dos elementos da representação social da aids para os grupos de profissionais da área da saúde e os de outras áreas, observou-se que *preconceito*, *sofrimento* e *descuido* foram mais frequentemente citados pelos participantes do grupo não saúde. Os elementos *preconceito* e *sofrimento* ainda se associaram ao grupo de participantes com menor escolaridade, de forma que ao mesmo tempo em que suscitam uma carga afetiva à representação da aids, o que é reforçado por uma maior prontidão de evocação do elemento *grave*, também refletem uma baixa possibilidade de exposição ao conhecimento científico sobre o tema. Somado a isso, o elemento *descuido* remete ao comportamento de prevenção do HIV (falta de prevenção) difundido em campanhas de prevenção da aids. Supõe-se que os participantes do grupo não saúde representem a aids com elementos afetivos e veiculados na mídia, tal como também verificaram Ribeiro et al. (2006a) e Cardoso e Arruda (2004) para doentes de aids e Camargo et al. (2007) para adolescentes com pouco conhecimento científico sobre HIV/aids,

em função da ausência de treinamento sobre HIV/aids e consequente desvinculação com o saber científico.

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

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

No que diz respeito à maneira como os elementos destacados como os mais importantes são confirmados no núcleo central,

neste estudo, analogamente a muitos da área, utilizou-se o critério da superioridade da média de frequência de citação na confirmação dos elementos pertencentes ao núcleo. Porém, o critério para a pertença de um elemento ao núcleo central poderia ser pensado a partir das razões de chances de dois elementos serem escolhidos como os mais importantes entre cinco citados. Por exemplo, caso houvesse três elementos igualmente importantes, cada um deveria ter 33,33...% de chances de ser escolhido. Quando um elemento obtivesse frequência igual ou superior a 33,34% atenderia o critério e poderia ser considerado pertencente ao núcleo.

Uma tentativa de superar as limitações foi realizada neste estudo através da associação de frequência de citação e grupos formados a partir das variáveis sociodemográficas. Contudo, essa análise apenas caracterizou os elementos compartilhados pelos grupos e aqueles mais ou menos frequentes em determinados grupos. Considera-se importante o esforço no sentido de encontrar uma alternativa mais precisa de identificação dos elementos que conferem unidade às representações sociais, seja através de testes de proporções de citação para caracterização das diferenças reais entre os elementos em cada quadrante ou através de novos métodos de pesquisa.

Aponta-se ainda que, ao agrupar palavras com significados semelhantes, um número limitado de elementos representativos da aids poderia ser encontrado (encontrou-se 28, neste estudo) e estratégias metodológicas que destacassem valorização simbólica atribuída a esses elementos, tal como fez Natividade (2009) para um número reduzido de elementos, poderia fornecer dados inovadores no entendimento de como o conhecimento de senso comum sobre a aids se estrutura. Muito embora empreendimentos com esse viés pudessem ser elucidativos, há de se ressaltar que a pluralidade de significados atribuídos à aids se perderia em delineamentos deste tipo, e tal proposta não faria sentido caso os elementos postos à prova da valorização simbólica fossem obtidos a partir de grupos de pessoas diferentes dos pesquisados. Por fim, sugere-se que considerações como essas sejam levadas em conta na elaboração de pesquisas sobre o conhecimento de senso comum sobre a aids.

Referências

- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. de Oliveira (Eds.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Andrade, L. S., & Nóbrega-Therrien, S. M. (2005). A sexualidade masculina e a vulnerabilidade ao HIV/aids. *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 17(2), 121-126.
- Azevedo, R. L. W., Fonseca, A. A., Coutinho, M. P. L., & Saldanha, A. A. W. (2006). Representações sociais da adolescente feminina acerca da sexualidade em tempo de aids. *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 18(13), 204-210.
- Brasileiro, M., & Freitas, M. I. F. (2006). Representações sociais sobre aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 789-795.
- Camargo, B. V. (2000). Sexualidade e representações sociais da AIDS. *Revista de Ciências Humanas. Especial temática*, 3, 97-110.
- Camargo, B. V., Barbará, A., & Bertoldo, R. B. (2007). Concepção pragmática e científica dos adolescentes sobre a aids. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 277-284.
- Cardoso, G. P., & Arruda, A. (2004). As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1), 151-162.
- Castanha, A. R., & Araújo, L. F. (2006). Representações sociais de agentes comunitários de saúde acerca da aids. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(1), 17-30.
- Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W., & Ribeiro, C. G. (2006). Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais. *PSICO*, 37(1), 47-56.
- Flament, C. (2001). Estrutura e dinâmica das representações sociais. In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais* (pp. 173-186). Rio de Janeiro: UERJ.

- Flores-Palacios, F., & Leyva-Flores, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Publica de México*, 45(5), 624-631.
- Giacomozzi, A. I., & Camargo, B. V. (2004). Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da aids. *Psicologia: Teoria e Prática*, 6(1), 31-44.
- Goodwin, R., Kozlova, A., Kwiatkowska, A., Luu, L. A. N., Nizharadze, G., Realo, A., Kylvet, A., & Rämmer, A. (2003). Social representations of HIV/AIDS in central and eastern Europe. *Social Science e Medicine*, 56, 1373-1384.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Ed.), *As representações Sociais* (pp. 17-29). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Marques, S. C., Oliveira, D. C., & Francisco, M. T. R. (2003). Abordagem estrutural das representações sobre a aids entre os servidores de um hospital universitário. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 7(2), 186-195.
- Marques, S. C., Oliveira, D. C., & Gomes, A. M. T. (2004). Aids e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. *Psicologia: Teoria e Prática*, ed. Especial, 91-104.
- Ministério da Saúde Brasil. (2008). Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira de 15 a 64 anos de idade, 2008.
- Moscovici, S. (2003). O fenômeno das representações sociais. In S. Moscovici, *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social* (pp. 7-109). Petrópolis: Vozes.
- Natividade, J. C. (2009). Agrupamento em fatores de elementos da representação social de da aids por adolescentes [Trabalho Completo]. *VI Jornadas Internacionales de Representaciones Sociales y las III Jornadas Nacionales de Representaciones Sociales*. Buenos Aires: JIRS.
- Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, B. V. (2000). Psicologia social, representações sociais e métodos. *Temas em Psicologia*, 8(3), 287-299.
- Oltramari, L. C., & Camargo, B. V. (2004). Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a aids. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 317-323.
- Palacios, F. F., & Alba, M. (2006). El SIDA y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales. *Salud Mental*, 29(3), 51-59.
- Ribeiro, C. G., Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., & Saldanha, A. A. W. (2005). A aids e suas contradições: representações sociais de seu atendimento e tratamento pelos profissionais e pacientes. *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 17(2), 127-132.
- Ribeiro, C. G., Coutinho, M. P. L., & Saldanha, A. A. W. (2004). Estudo das representações sociais sobre a aids por profissionais de saúde que atuam no contexto da soropositividade para o HIV. *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16(4), 14-18.
- Ribeiro, C. G., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W., & Azevedo, R. L. V. (2006a). Concepções da aids: o que pensam os profissionais e os pacientes? Concepção da aids. *Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 18(3), 185-189.
- Ribeiro, C. G., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W., & Castanha, A. R. (2006b). Profissionais que trabalham com aids e suas representações sociais sobre o atendimento e o tratamento. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 75-81.
- Rodrigues, M. P., Sobrinho, M. D., & Silva, E. M. (2005). Os cirurgiões-dentistas e as representações sociais da aids. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(2), 463-472.
- Rouquette, M. L. (1998). Representações e práticas sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. de Oliveira. (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 39-46). Goiânia: AB.
- Thiengo, M. A., Oliveira, D. C., & Rodrigues, B. M. R. D. (2002). Adolescentes, aids e práticas de proteção: uma abordagem estrutural das representações sociais. *Revista de enfermagem*, 10(2), 81-84.

Tura, L. F. R. (1998). AIDS e estudantes: a estrutura das representações sociais. In D. Jodelet & M. Madeira (Eds.), *AIDS e representações sociais: à busca de sentidos* (pp. 121- 154). Natal: EDUFRN.

Enviado em Dezembro de 2010
Aceite em Março de 2011
Publicado em Julho de 2011

Sobre os autores:

Jean Carlos Natividade – Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Brígido Vizeu Camargo – Doutor, Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.