

## ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA AIDS

MARIA ANGELA SILVEIRA PAULILO<sup>1</sup>  
LEILA SOLLBERGER JEOLÁS<sup>2</sup>  
MARIA DO CARMO MANFREDINI ELISBÃO<sup>3</sup>

PAULILO, M.A.S.; JEOLÁS, L.S.; ELISBÃO, M.C.M. Estratégias de prevenção da AIDS. *Semina: Ci. Soc./Hum.*, Londrina, v. 14, n. 3, p. 159-169, set. 1993.

**RESUMO:** O trabalho apresentado é resultado da análise dos dados obtidos no projeto de extensão: "AIDS: da informação e educação à prevenção", realizado pelos Departamentos de Serviço Social, Ciências Sociais e Clínica Médica da Universidade Estadual de Londrina - UEL, em convênio com a Associação Londrinense Interdisciplinar de AIDS-ALIA, de fevereiro a dezembro de 1992. Os objetivos do projeto foram a sensibilização da população para a gravidade da pandemia e a necessidade da adoção de práticas preventivas e seu desenvolvimento se deu através de palestras educativas. O objetivo do presente texto é avaliar o aumento do grau de conhecimento e a predisposição para mudança de comportamento, através de estratégias como a utilizada, ou seja, palestra educativa como mecanismo de prevenção da AIDS. A metodologia utilizada para mensuração dos resultados foi baseada na aplicação de questionários com questões fechadas antes e depois da palestra educativa. A análise dos dados indica que informações básicas sobre AIDS são absorvidas, embora noções pré-concebidas permaneçam. A conclusão aponta para a validade de palestras educativas no estágio inicial de sensibilização para a questão da AIDS. São, no entanto, do ponto de vista do trabalho preventivo, de eficácia limitada, demandando estratégias complementares.

**PALAVRAS-CHAVE:** HIV/AIDS; Educação em saúde.

### INTRODUÇÃO

Este trabalho trata da análise dos dados obtidos no projeto de extensão "AIDS: da informação e educação à prevenção", realizado pelos Departamentos de Serviço Social, Ciências Sociais e Clínica Médica da Universidade Estadual de Londrina - UEL - em convênio com a Associação Londrinense Interdisciplinar de AIDS - ALIA - no período de fevereiro a dezembro de 1992.

Os objetivos do referido projeto foram a sensibilização da população para a gravidade da pandemia; a conscientização quanto à necessidade de adoção de práticas preventivas; a minimização do preconceito e o estímulo a atitudes de solidariedade. Seu desenvolvimento se deu através de palestras educativas com apresentação de vídeos, debates estimulados a partir das dúvidas e (pré) conceitos existentes e distribuição de material informativo.

Foram realizadas 36 palestras, a partir de solicitações encaminhadas, pelos interessados, à equipe do projeto. Foi atingido um total de 1.711 pessoas e as demandas vieram de grupos tais como: Associações de Bairro (4); jovens ligados à Igreja Católica (3); jovens ligados à Igreja Presbiteriana (1), grupos de pais de escolares e pré-escolares (3); alunos de 1o. e 2o. graus (9); estudantes universitários (7); professores de 1o. e 2o. graus (1); funcionários de empresas (3); detentos da Cadeia Pública (1); seminaristas católicos e

evangélicos (1); menores atendidos por programas sociais (2) e integrantes do Centro de Valorização da Vida (1).

Foram aplicados questionários pré e pós teste no início e no final de cada uma de vinte destas palestras: 2 com associações de bairros, 1 com jovens ligados à Igreja Presbiteriana, 1 com grupo de pais, 2 com funcionários de empresas, 5 com estudantes universitários, 8 com alunos de 1o. e 2o. graus e 1 com menores atendidos por programas sociais. Não foi possível a aplicação de questionários em 16 destas palestras em função da ausência de condições objetivas para sua aplicação, como, por exemplo, espaço físico inadequado, grau de instrução dos participantes, tempo insuficiente. Foram desconsiderados os questionários indevidamente preenchidos. Os questionários perfeitamente preenchidos, ou seja, com dados possíveis de serem comparados, perfizeram um total de 762 pré-teste e o mesmo número de questionários pós-teste.

Os questionários aplicados continham, além dos dados sócio-econômicos, doze questões fechadas para o questionário A e oito questões fechadas para o questionário B. As respostas a estas questões foram cruzadas com as categorias sexo, idade, estado civil, grau de instrução e renda.

O objetivo da utilização deste instrumento foi permitir a avaliação da eficácia de palestras educativas como uma das formas de prevenção da AIDS, através da comparação das respostas referentes a grau de informação e disponibili-

1 - Assistente Social, Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina, coordenadora do Projeto AIDS: da informação e educação à prevenção. Caixa Postal 6001, Londrina, Paraná, Brasil, CEP 86051-970.

2 - Antropóloga, Professora do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina, Supervisora do Projeto.

3 - Médica, Professora do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Londrina, Supervisora do Projeto.

dade para mudança de opinião e atitude, nos questionários pré e pós palestra.

A mensuração do grau de informação e da disponibilidade para mudança de opinião e atitude foi portanto desta maneira realizada. Dada à grande variedade dos dados coletados, optou-se pelos dados referentes a cinco questões centrais: a) formas de transmissão da AIDS, b) formas de prevenção, c) medo de contaminação, d) mudança de comportamento sexual e formas de mudança e e) conhecimento de pessoa com AIDS e atitude para com ela. A análise das respostas a estas questões permitiu avaliar o grau de informação antes e depois do trabalho educativo, as atitudes para com a doença e para com os doentes e a predisposição para mudança de comportamento e opinião.

O objetivo, portanto, do trabalho ora apresentado, é avaliar o aumento do grau de conhecimento e a predisposição para mudança de comportamento, através de estratégias como a utilizada, no caso, palestras educativas enquanto mecanismos eficazes de prevenção da AIDS.

#### PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DA POPULAÇÃO ALVO

O perfil sócio-econômico deste universo, constante nas Tabelas de 1 a 5, pode, em termos de prevalência, ser desta forma apresentado: a população atingida constituiu-se de 52.90% de mulheres e 45.00% de homens concentrados nas faixas etárias mais jovens — 30.45% na faixa de 10 a 15 anos, 32.94% na de 16 a 20 anos e 12.07% tem idade entre 21 a 25 anos, faixas que agrupam, portanto, 75,46% do total dos entrevistados. Prevaecem também os solteiros — 76.90%, seguidos por 17.98% de pessoas casadas.

**TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO POR SEXO**

	No.	%
Masculino	343	45,00
Feminino	403	52,90
Não responderam	16	2,10
Total	762	100,00

**TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO POR IDADE**

	No.	%
10 a 15 anos	232	30,45
16 a 20 anos	251	32,94
21 a 25 anos	92	12,07
26 a 30 anos	70	9,19
31 a 35 anos	42	5,51
36 a 40 anos	29	3,81
41 a 45 anos	9	1,18
46 a 50 anos	10	1,31
+ de 50 anos	8	1,05
Não responderam	19	2,49
Total	762	100,00

**TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO POR ESTADO CIVIL**

	No.	%
Solteiro	586	76,90
Casado	137	17,98
Separado	14	1,83
Viúvo	6	0,79
Outros	5	0,69
Não responderam	14	1,84
TOTAL	762	100,00

No que se refere ao grau de instrução é o primeiro grau incompleto que predomina — 63,53% — o que se explica pelo fato de 8, das 20 palestras realizadas com aplicação de questionários, terem atendido escolas.

**TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO POR GRAU DE INSTRUÇÃO**

	No.	%
Nenhum	4	0,52
1o. Grau incompleto	484	63,53
1o. Grau completo	90	11,81
2o. Grau incompleto	50	6,56
2o. Grau completo	20	2,62
3o. Grau incompleto	65	8,53
3o. Grau completo	31	4,07
Não responderam	18	2,36
TOTAL	762	100,00

A questão relacionada à renda traz um número expressivo de pessoas que não a responderam — 20.34% — o que pode ser atribuído ao possível número de dependentes existente entre os entrevistados jovens. A faixa de renda de 1 a 3 salários mínimos é a que agrupa o maior percentual — 31.63%, seguida da faixa correspondente a 1 salário mínimo que comporta 21.65% do total. Se somadas à faixa correspondente a menos de 1 salário mínimo — 10.37%, tem-se que 63.65% do universo pesquisado apresenta renda mensal de menos de 1 a 3 salários mínimos.

**TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO CONFORME RENDA**

	No.	%
Menos de 1 SM	79	10,37
1 Salário Mínimo	165	21,65
De 1 a 3 Salários Mínimos	241	31,63
De 3 a 5 Salários Mínimos	84	11,02
De 5 a 10 Salários Mínimos	29	3,81
+ de 10 Salários Mínimos	9	1,18
Não responderam	155	20,34
TOTAL	762	100,00

## 1. ANÁLISE DOS DADOS

### 1.1. Grau de informação

#### 1.1.1. O que é a AIDS?

O questionário A (pré-teste) apresenta, como respostas mais indicadas “doença que não tem cura” – 80,97%, “doença causada por um vírus” – 86,22% e “doença contagiosa” – 71,78%. A comparação com o questionário B (pós-teste) mostra um aumento não significativo da resposta “doença que não tem cura”, e da resposta “doença causada por um vírus” – 2,89% e 4,20% respectivamente, e um decréscimo também não significativo da resposta “doença contagiosa” – 3,01%, como pode ser verificado na Tabela 6. Em todos os cruzamentos com sexo, idade, estado civil, grau de instrução e renda, as respostas mais indicadas continuam sendo estas, com variações também não significativas.

Esta tendência alta na resposta “doença que não tem cura” demonstra como a propaganda desenvolvida no Brasil, enfatizando que a “AIDS mata”, foi interiorizada de maneira profunda, já que vem reforçar o medo de doenças existentes em nossa cultura (LONGO, 1990). O trabalho educativo procura não conectar, desta forma mecânica, AIDS e morte, mas, ao contrário, busca mostrar como a AIDS vem se tornando uma doença tratável e que o soropositivo pode e deve continuar sua vida normalmente. A visão da AIDS, tomada pelo senso comum, como doença contagiosa é também questionada pelo trabalho educativo, mostrando-a não somente como uma doença apenas transmissível, mas como uma doença com vias muito específicas de transmissão, o que delimita as possibilidades de infecção.

A tendência também alta da resposta “doença contagiosa” pode ser explicada pelo medo comum de doenças infecto-contagiosas, reforçado por determinantes sócio-culturais. No caso da AIDS, sua associação com dois grandes tabus da sociedade ocidental – sexo e morte – e o fato das campanhas de prevenção oficiais difundirem menos as formas corretas de transmissão e prevenção e mais seu caráter letal, tem contribuído para exacerbar receios e temores já latentes. (LONGO, 1990). Ao lado disso, especulações nada

científicas sobre possíveis formas de transmissão divulgadas apressadamente pelos meios de comunicação, vem reforçar o medo, gerando atitudes irracionais, preconceituosas e discriminatórias. Definições da AIDS aparecem, portanto, permeadas por representações que incluem morte, sexualidade, doença, vulnerabilidade, risco. A forma como a doença é apreendida conta, portanto, com componentes emocionais muito presentes que dão a ela uma dimensão na qual dados clínicos são apenas parte da definição.

#### 1.1.2. Formas de transmissão

Para melhor entendimento da questão será feita uma distinção entre formas efetivas de transmissão (relações sexuais, esperma, secreção vaginal, troca de sangue através de transfusão ou uso compartilhado de agulhas e seringas não esterilizadas); formas que apresentam risco pequeno (materiais e instrumentos perfuro-cortantes); formas que apresentam risco teórico (saliva, suor, lágrima, beijo na boca); forma oriundas de crenças populares (alimentos preparados por pessoas contaminadas, banheiros, pratos, copos, talheres e picadas de insetos) e formas ligadas a preconceitos (apenas nas relações homossexuais), cuja listagem e percentuais apontados podem ser vistos na Tabela 7.

Das formas efetivas de transmissão, dados comparativos dos questionários A e B mostram que há clareza quanto à possibilidade de transmissão, pela via sexual. O número de respostas afirmativas já é alto no questionário A – 95,93%, percentual mantido no questionário B – 95,41%. No entanto, os veículos de transmissão – esperma e secreção vaginal – tem percentual aumentado no segundo questionário, de 7,74% para esperma e de 23,88% para secreção vaginal.

A diferença mais significativa no percentual das respostas aparece, portanto, na indicação da secreção vaginal como fator de transmissão que aumenta consideravelmente – 23,88% – do questionário A para o B. A evidência deste ítem demandou alguns cruzamentos, para melhor entendimento do fato.

Os cruzamentos mostram que homens e mulheres demonstraram, neste ítem, grau de conhecimento semelhante e assimilaram a informação passada quase que na mesma proporção.

TABELA 6 – CONHECIMENTO SOBRE A AIDS

	Question. A		Question. B		Dif. % B-A
	No.	%	No.	%	
Um tipo de câncer	87	11,42	98	12,86	+ 1,44
Doença que não tem cura	617	80,97	639	83,86	+ 2,89
Doença causada por vírus	657	86,22	689	90,42	+ 4,20
Doença contagiosa	547	71,78	524	68,77	- 3,01
Doença causada por consumo de drogas	407	53,41	505	66,27	+ 12,86
Não sei	36	4,72	26	3,41	- 1,31

OBS. Resposta dada à questão: O que é AIDS? Os entrevistados podiam responder a mais de uma das alternativas.

TABELA 7 – FORMAS DE TRANSMISSÃO

	Question. A		Question. B		Dif. % B-A
	No.	%	No.	%	
Relações sexuais	731	95,93	727	95,41	- 0,52
Beijo na boca	214	28,08	51	6,69	- 21,39
Beijo	66	8,66	31	4,07	- 4,59
Dentista	451	59,19	294	38,58	- 20,61
Manicure	313	41,08	180	23,62	- 17,46
Alimentos preparados por pessoas contaminadas	145	19,03	59	7,74	- 11,29
Apenas relações homossexuais	270	35,43	262	34,38	- 1,05
Roupas e Toalhas	97	12,73	55	7,22	- 5,51
Esperma	543	71,26	602	79,00	+ 7,74
Banheiros	134	17,59	56	7,35	- 10,24
Transfusão de sangue	691	90,68	650	85,30	- 5,38
Piscina	75	9,84	28	3,67	- 6,17
Barbeiro	212	27,82	71	9,32	- 18,50
Telefone	25	3,28	20	2,62	- 0,62
Picada de inseto	167	21,92	54	7,09	- 14,83
Pratos, copos e talheres	79	10,37	19	2,49	- 7,88
Saliva, suor e lágrimas	163	21,39	49	6,43	- 14,96
Drogas injetáveis	607	79,66	626	82,15	+ 2,49
Agulhas e seringas não esterilizadas	668	87,66	667	87,53	- 0,13
Secreção vaginal	467	61,29	649	85,17	+ 23,88
Outros	108	14,17	66	8,66	- 5,51

OBS. Respostas dadas à questão: Como se pega AIDS?

Havia a possibilidade do entrevistado dar respostas a mais de uma das alternativas.

O cruzamento deste item com o grau de instrução mostra como melhor informados os entrevistados com 3o. grau completo – 74.19% no A e 83.87% no B; seguidos por aqueles com 3o. grau incompleto – 72.31% no A e 96.92% no B; 2o. grau completo – 70.00% no A e 90.00% no B; 2o. grau incompleto – 66.00% no A e 76.00% no B; 1o. grau completo – 58.89% no A e 73.33% no B; 1o. grau incompleto – 59.30% no A e 80.99% no B; nenhum grau de instrução – 25.00% no A e 100% no B. Verifica-se uma correlação entre o grau de conhecimento deste veículo de transmissão com o grau de instrução dos entrevistados. No entanto, o cruzamento com os dados do questionário B (pós palestra educativa), mostra que o grau de absorção não segue a mesma correlação, pressupondo-se a interveniência de fatores outros que não somente a eficácia da palestra educativa, como, por exemplo, a influência dos meios de comunicação ou mesmo maior proximidade com a questão da AIDS através de vivência de situação.

O cruzamento das respostas com a renda dos entrevistados mostra que, embora a renda mais baixa apresente a menor frequência de respostas afirmativas, no questionário A, para o risco de transmissão via secreção vaginal – 58.23%, e a renda mais alta a maior frequência de respostas – 77.78% também afirmativas, as variações de frequência entre as demais faixas de renda não apontam para uma distinção significativa de respostas de acordo com a renda auferida. O grau de assimilação maior aparece nos entrevistados pertencentes à faixa de 5 a 10 salários mínimos, cujo aumento na frequência das respostas foi de 34,48% do A

para o B, seguida pelos situados na faixa de 1 salário mínimo – 23.03% e menos de 1 salário mínimo, que apresenta um aumento de 20.25%. Este resultado mostra que o fator renda, por si só, não é suficiente para explicar maior grau de conhecimento.

É interessante observar ter sido a secreção vaginal tomada inicialmente como fator de pouca probabilidade de risco. Isto se deve ao fato da AIDS vir associada muito mais ao mundo masculino, como uma doença de homens e, para muitos ainda, uma doença de homo e bissexuais. Pesquisa realizada pelo Grupo Técnico de Vigilância Epidemiológica de São Paulo demonstrou que a população não só vê a doença dissociada do mundo feminino, como aponta como fatores de risco questões relacionadas mais a comportamentos, como, por exemplo, promiscuidade, do que aos veículos de transmissão (MUNHOZ et al, 1990). O aumento considerável do percentual de respostas afirmativas para a secreção vaginal como veículo de transmissão, depois da palestra educativa, é, sem dúvida alguma, um indicador positivo de ter sido a palestra, no caso deste item, um espaço de esclarecimento.

O sangue, como veículo de transmissão, parece ter deixado dúvidas pois transfusão de sangue como fator de risco diminui 5.38% no pós-teste, o que indica entendimento confuso. Confuso parece ter permanecido também o uso de droga injetável que, por si só, não causa risco. Aparece com um percentual alto de respostas – 79.66% no questionário A e aumenta de 2.49% no questionário B, quando a expectativa seria a diminuição do percentual no segundo

questionário. A explicação pode estar na introjeção da noção de "grupo de risco" que associa AIDS e drogas. Pode também ter sido apontada como causa indireta de risco. Para agulhas e seringas não esterilizadas, o percentual de respostas é alto — 87.66% no A e assim se mantém no B — 87.53%, diferentemente do percentual apontado para outros instrumentos perfuro-cortantes, como é o caso daqueles utilizados por dentistas e manicures, como se verá a seguir. A Tabela 7 mostra que o percentual para agulhas e seringas aproxima-se do percentual indicado para o ítem "uso de droga injetável" — 79.66% no A e 82.15% no B e isto pode ser explicado pela associação feita de agulhas e seringas com o uso de drogas endovenosas e não ao seu uso hospitalar e farmacêutico.

As formas apontadas com risco pequeno de transmissão, em função da possibilidade de contato com o sangue, como é o caso de materiais e instrumentos perfuro-cortantes (agulhas, alicates e tesouras de manicure, navalhas, giletes) mereceram frequência de respostas significativa por parte dos entrevistados: 59.19% para dentista, 41.08% para manicure, 27.82% para barbeiro e 87.66% para agulhas e seringas no questionário A; baixando os três primeiros para 38.58%, 23.62% e 9.32% no questionário B. O ítem "agulhas e seringas" manteve a mesma frequência em ambos os questionários, com índice mais elevado do que os outros três ítems, pela provável associação, como já foi levantado acima, com uso de drogas endovenosas e não com agulhas e seringas de uso hospitalar ou farmacêutico. Se a associação de seringas e agulhas não fosse feita com uso de drogas endovenosas e sim, com o uso hospitalar e farmacêutico, a porcentagem deveria estar mais próxima da apresentada para dentista, manicure e barbeiro, quando o contato com o sangue através de material perfuro-cortante é pequeno. No entanto, o risco de contaminação por estes instrumentos é, na verdade, muito reduzido, com raros casos relatados pela literatura médica. Recentemente, o caso de um dentista americano que teria sido responsável pela contaminação de cinco pacientes, foi amplamente divulgado pela imprensa, trazendo à tona discussão e pânico. Não houve, no entanto, unidade nas opiniões dos técnicos envolvidos.

Tem-se portanto que, com exceção do ítem "agulhas e seringas", a diferença para menos no questionário B, de 20.61% para o instrumental de dentista, de 17.46% para manicure e de 18.50% para barbeiro, demonstra introjeção da informação transmitida, que realmente aponta para o baixo risco destas vias de transmissão.

Nas formas que apresentam apenas risco teórico de transmissão, segundo a Organização Mundial de Saúde, encontram-se "saliva, suor e lágrima", apontada por 21.39% dos entrevistados no questionário A e por 6.43% no questionário B, e também "beijo na boca", que é assinalado por 28.08% dos entrevistados no questionário A e decresce para 6.69% no questionário B. Embora deva ser levado em conta a preocupação da OMS em classificá-las como risco teórico, há consenso de que a probabilidade de transmissão, por estas vias, é realmente muito remota. A diminuição de 14.96% no percentual de respostas do questionário A para o B no ítem "saliva, suor e lágrima" e de 21.39% no ítem

"beijo na boca" demonstra assimilação da informação recebida, corretamente minimizando o risco de transmissão por estas formas.

Das formas relacionadas a crenças populares aparecem assinalados ítems como "alimentos preparados por pessoas contaminadas" — 19.03% no A e 7.74% no B, "banheiros" — 17.59% no A e 7.35% no B e "pratos, copos e talheres" — 10.37% no A e 2.49% no B; formas cuja possibilidade de contaminação já está completamente descartada pela ciência médica. Neles pode-se observar redução do número de respostas do questionário A para o B — de 11.29%, 10.24% e 7.88% respectivamente. O ítem "picada de inseto", apesar de já comprovada a ausência de risco, traz uma frequência de resposta de 21.92% no A e 7.09% no B. Embora se note uma diminuição do número de respostas na ordem de 14.83% do pré para o pós teste, as perguntas referentes a este ítem são uma constante nos debates levantados. Isto se deve, provavelmente, à polêmica levantada por um médico brasileiro e divulgada pelos meios de comunicação. Polêmicas apressadamente divulgadas, como também é o caso do beijo na boca, tendem a ser também apressadamente incorporadas pela população. Também aqui pode ser observada a absorção das informações repassadas, o que demonstra ter sido a palestra educativa eficiente para a desmistificação de formas de transmissão erroneamente aceitas como corretas.

Formas de transmissão ligadas a preconceitos tem, na alternativa "apenas nas relações homossexuais", indicação de dificuldade de assimilação e de mudança de opinião. O percentual de respostas, embora não muito alto no pré-teste — 35.43% — diminui apenas 1.05% no pós-teste, o que obviamente não pode ser considerado representativo. Isto mostra que as pessoas que acreditavam ser a relação homossexual fator de risco, assim permanecem acreditando. A associação AIDS e homossexualidade, assim como AIDS e drogas ou AIDS e prostituição parece ter sido fortemente introjetada e sua desmistificação não se apresenta como tarefa fácil. Merece uma análise mais detalhada.

Pode-se observar um profundo processo de interiorização e associação da AIDS à homossexualidade masculina, por ter sido este grupo o primeiro a manifestá-la no mundo ocidental. Segundo SONTAG, (1989), a AIDS metafizou a homossexualidade. Ela contamina o portador do vírus com o estigma da homossexualidade e vice-versa; é uma contaminação de mão dupla. No imaginário social, a AIDS associa-se também a outros grupos socialmente marginalizados e tradicionalmente estigmatizados (DANIEL, 1989, DANIEL & PARKER, 1991, POLLAK, 1988). Isto explica porque a população vem percebendo a doença através de representações negativas sobre os grupos mais atingidos inicialmente como é o caso da associação da AIDS com homossexuais masculinos, prostitutas (os), travestis e, mais recentemente, com usuários de drogas. A AIDS passa a ser representada, desta forma, como "doença do outro". Doença do estrangeiro que vem (ou está) longe, doença de homossexuais ("câncer gay" ou "peste gay"), doença de "promíscuos" ou de "drogados".

Segundo GOFFMAN, (1988), o estigma refere-se à relação entre um atributo depreciativo e um estereótipo. Dife-

rentes atributos podem tornar um indivíduo estigmatizado no processo social de categorização das pessoas. A uma imperfeição inicial somam-se outras imperfeições ou atributos depreciativos, sendo que estes englobam todos os elementos constitutivos da identidade social do indivíduo. No caso da AIDS, o portador do vírus torna-se o "aidético".

Outro dado importante, no aspecto da prevenção, é a distinção entre o soropositivo assintomático e o doente de AIDS, que, embora diferenciados do ponto de vista de seu estado clínico, são ambos passíveis de transmitirem o vírus. No entanto, tem-se como popularmente aceito que somente o doente de AIDS transmitiria o vírus. Esta informação parece estar clara para a população entrevistada, o que se depreende da resposta à questão sobre a possibilidade de uma pessoa saudável, mais com teste positivo para o vírus da AIDS, contaminar outra. Obteve-se, no questionário A, 73,00% de respostas positivas, 11,70% negativas, 12,30% de pessoas declararam que não sabiam e 3,00% não responderam. As variações para o questionário B foram mínimas, não podendo ser consideradas significativas.

No que concerne às formas de transmissão, pode-se observar que formas corretas de transmissão foram apontadas pela grande maioria dos entrevistados. Cabe, no entanto, acrescentar que formas incorretas, tais como, banheiros, picadas de inseto e outras foram igualmente assinaladas no mesmo questionário, ou seja, pelo mesmo entrevistado que apontou formas corretas. O mesmo acontece para formas ligadas a noções preconcebidas, como é o caso dos chamados "grupos de risco". Algumas informações foram mais facilmente assimiladas, como foi o caso da secreção vaginal como veículo de transmissão, das formas relacionadas a risco pequeno e risco teórico e das formas ligadas a mitos e

crenças populares. Outras parecem ser de mais difícil assimilação, como foi a questão relacionada às relações homossexuais que, mesmo pós-palestra educativa, permaneceu tida, incorretamente, como fator de risco. Tem-se, portanto, que noções ligadas a preconceitos são difíceis de serem modificadas no curto período de tempo para esclarecimento e discussão permitido por uma palestra.

Pode-se concluir, pelo acima exposto, que o público absorve e detém informações básicas sobre AIDS. Tem-se, no entanto, que, apesar da evidência de absorção de conhecimento, demonstrada pela comparação dos questionários A e B, a assimilação não é total, o que relativiza o grau de informação demonstrado e o nível de assimilação requerido, limites que, evidentemente, comprometem a extensão da prevenção almejada.

### 1.1.3. Formas de prevenção

Para se aferir o grau de conhecimento dos entrevistados com relação às formas de prevenção, foi oferecida pelo questionário uma listagem de dez alternativas para se evitar a AIDS, constantes da Tabela 8. Destas dez, apenas três ofereciam possibilidade de sexo mais seguro: o uso de camisinha, a exigência de sangue testado no caso de transfusão e o uso de agulhas e seringas esterilizadas ou descartáveis. Sete das alternativas davam idéia de precaução, embora não possam ser indicadas como formas seguras de prevenção. E uma delas era totalmente absurda ... "não ficar perto de pessoas com AIDS".

**TABELA 8 – FORMAS DE PREVENÇÃO**

	Question. A		Question. B		Dif. % B-A
	No.	%	No.	%	
Ter um único parceiro	590	77,43	550	72,18	- 5,25
Conhecer bem o parceiro	632	82,94	578	75,85	- 7,09
Usar sempre camisinha	662	86,88	691	90,68	+ 3,80
Usar camisinha com parceiros sexuais desconhecidos	634	83,20	621	81,50	- 1,70
Reduzir o no. de parceiros	561	73,62	537	70,47	- 3,15
Evitar drogas injetáveis	665	87,27	664	87,14	- 0,13
Evitar relações sexuais com protist/travestis/homossex.	655	85,96	621	81,50	- 4,46
Exigir sangue testado no caso de transfusões	681	89,37	677	88,85	- 0,52
Usar agulhas e seringas descartáveis	694	91,08	678	88,98	- 2,10
Não ficar perto de pessoas com AIDS	162	21,26	94	12,34	- 8,92
Outros	93	12,20	57	7,48	- 4,72

OBS. Respostas dadas à questão: O que fazer para evitar a AIDS?  
Havia a possibilidade do entrevistado responder a mais de uma das alternativas.

A tendência dos entrevistados foi assinalar todas as alternativas, o que configura ter a listagem levado a uma indução de respostas. Alternativas pouco seguras mas não absurdas podem também ter sido tomadas como precauções adicionais, seria o caso do excesso de zelo. Há também que se lembrar que a sugestão de monogamia, veiculada por associações religiosas e a de redução do número de parceiros, difundida por campanhas oficiais, podem também ter influenciado respostas como "ter um único parceiro sexual", e "reduzir o número de parceiros sexuais". Cabe ressaltar que "não ficar perto de pessoas com AIDS", apontada por 21.26% dos entrevistados no questionário A, cai para 12.34% no questionário B, apresentando uma diferença para menos de 8.92%, o que pode ser considerado positivo, do ponto de vista da eficácia do trabalho educativo.

O erro dos pesquisadores foi deixar esta questão com possibilidade de respostas múltiplas. Se o número de respostas a serem assinaladas fosse restringido para duas ou até três, tendo como critério aquelas com maior grau de eficácia, teria sido possível avaliar melhor o grau de informação e a concepção de prevenção da população atendida.

Em trabalho anteriormente realizado (JEOLAS & ELISBÃO, 1992), no qual o questionário pedia respostas abertas, pode ser avaliado o grau de imprecisão nas alternativas levantadas como formas de prevenção, tais como: "tomando os devidos cuidados", "se prevenindo", "evitando promiscuidade". A maioria das respostas apontava apenas uma das formas de prevenção referindo-se ou às relações sexuais ou ao sangue e poucas — até 20% — citavam o preservativo como forma efetiva de prevenção, apesar do grande número de entrevistados jovens e solteiros. Neste questionário, aplicado um ano depois, o ítem preservativo aparece com uma porcentagem bastante alta — 86.88% no A e 90.68% no B, o que vem reforçar a hipótese de respostas induzidas, imposição previsível pela forma dos instrumento utilizado (THIOLLENT, 1980).

Dados extraídos do trabalho citado e de estudo anterior (SHIKI, 1992), somados aos analisados no presente texto, levam à conclusão que a maioria dos entrevistados detém apenas alguns conhecimentos básicos sobre a AIDS e concepções imprecisas sobre suas formas de transmissão e prevenção permanecem, mesmo após o trabalho educativo.

## 1.2. Medo e mudança de comportamento

A relação das pessoas para com a AIDS parece ser uma relação paradoxal. De um lado, tem-se o medo exagerado que fomenta dúvidas fantasiosas e leva a apontar as formas mais esdrúxulas e descabidas de transmissão. De outro lado, tem-se o risco real da AIDS sendo minimizado, pois que a percepção do risco não vem se traduzindo em mudanças efetivas de comportamento, no que diz respeito à ado-

ção de práticas preventivas.

A análise das respostas referentes a estes dois ítems: medo — constante na tabela 9, e mudança de comportamento — constante na tabela 10, nos segmentos populacionais atingidos, reforça a existência deste paradoxo: 79.53% dos entrevistados afirmam ter medo de se contaminar pelo vírus da AIDS; no entanto, apenas 41.34% reportam algum tipo de mudança de comportamento. Estas mudanças foram agrupadas em três categorias, como pode ser visualizado na Tabela 11: fidelidade a um único parceiro, redução do número de parceiros e uso de preservativo.

Deve ser considerado, na Tabela 10, o número de respostas em branco — 30.44% — que pode indicar ausência de vida sexual ativa, hipótese plausível pelo número de entrevistados muito jovens, na faixa de 10 a 15 anos, que fizeram parte da demanda atendida pelo projeto e somam também 30.45% do total. Há que ser também levado em conta a hipótese de que um determinado número de pessoas não reportou mudanças comportamentais por já não apresentar, antes do aparecimento da AIDS, comportamento que possa ser considerado de exposição ao risco de infecção pelo HIV. O fato do instrumento utilizado não ter contemplado os motivos da mudança ou da manutenção de comportamento sexual dos entrevistados impossibilita o conhecimento das razões contidas nas respostas apontadas.

Para efeito da busca da eficácia do trabalho de prevenção da AIDS, a aparente contradição entre presença do medo e ausência de mudança comportamental é o dado que merece análise mais aprofundada.

O medo de se contaminar mostra-se presente independentemente de sexo, idade, estado civil, grau de instrução e renda. Com exceção daqueles que percebem acima de dez salários mínimos, cuja proporção não pode ser considerada expressiva — 1.18% do total dos entrevistados — todas as demais categorias apresentam um percentual entre 70 e 80% de respostas afirmativas para a questão do medo.

Deve ser lembrado que o medo tem sua razão de ser e pode ser considerado normal nas pessoas, estejam elas expostas ou não a situações de risco, pois que ligado a emoções instintivas, provocadas pela consciência de um perigo real ou imaginário, próximo ou remoto, provável ou apenas possível. No caso da AIDS, uma série de *surveys* realizada pelo Instituto de Pesquisas DataFolha nos últimos seis anos, mostra que o temor à doença tem aumentado e a consciência de sua letalidade é, de longe, o principal fator gerador do medo de contraí-la. Segue-se o temor em função da marginalidade da qual são vítimas portadores e doentes em termos de assistência médica e discriminação social e familiar (VENTURI, 1992).

O medo da AIDS expressa, portanto, sem dúvida alguma, o medo da morte. Expressa também, embora não de forma tão consciente como a relacionada à morte, o medo da sexualidade. A prática do sexo, os fluídos sexuais, o prazer — elementos estreitamente ligados à idéia de vida — tornam-se, eles próprios, veículos que podem trazer ou levar a morte. Como alerta SONTAG (1989), o medo da sexualidade é o novo registro, patrocinado pela doença, do universo de medo no qual todos vivem agora.

**TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO CONFORME O MEDO DE PEGAR AIDS**

	Question. A		Question. B		Dif. % B-A
	No.	%	No.	%	
SIM	606	79,53	565	74,14	- 5,39
NÃO	88	11,55	122	16,01	+ 4,46
INDIFERENTE	48	6,30	38	4,99	- 1,31
NÃO RESPONDERAM	20	2,62	37	4,86	+ 2,24
<b>TOTAL</b>	<b>762</b>	<b>100,00</b>	<b>762</b>	<b>100,00</b>	

**TABELA 10 – MUDANÇA DE COMPORTAMENTO SEXUAL APÓS O SURGIMENTO DA AIDS**

	No.	%
SIM	315	41,34
NÃO	215	28,22
NÃO RESPONDERAM	232	30,44
<b>TOTAL</b>	<b>762</b>	<b>100,00</b>

Resposta à questão: Depois do aparecimento da AIDS, você mudou o seu comportamento sexual?

**TABELA 11 – TIPOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO SEXUAL**

	No.	%
Fidelidade a um único parceiro	188	59,68
Redução do número de parceiros	122	38,73
Uso de camisinha	201	63,81
Outros	36	11,43

OBS. Esta tabela refere-se somente aqueles que responderam SIM na Tabela 10, num total de 315 pessoas. Os entrevistados podiam responder mais que uma das alternativas.

Numa sociedade propensa a evitar a morte e ignorar a sexualidade, morte e sexo assustam. Morte e sexo tem o poder de alimentar dúvidas e inquietações, preocupações e receios, fantasias e temores. Num terreno tão fortemente marcado pela emoção, medo e pânico se confundem e se parecem. Definir seus liames é tarefa complexa. O equilíbrio entre medo e pânico torna-se cada vez mais a síndrome de nossos dias (DANIEL & PARKER, 1991) e, se por um lado, é necessário afirmar, exatamente para diminuir preconceitos, que a AIDS, direta ou indiretamente, um dia afetará a todos, por outro lado há que se evitar a ênfase nas fantasias funestas que a AIDS tem o poder de nutrir.

A estratégia de causar terror tem sido, no entanto, algumas vezes utilizada. Valem-se dela os defensores da repressão sexual que vêem na doença uma oportunidade de resgate de “valores perdidos” e de punição para “comporta-

mentos sexuais imorais”. Valeram-se dela também campanhas governamentais cuja eficácia tentou ser alcançada pela quantidade de pavor difundido. Como diz VENTURI (1992), a estratégia de causar temor em relação à AIDS, semeando temor ao sexo é injusta para com a geração que conquistou o direito ao exercício da sexualidade sem culpa, como fonte de bem estar e felicidade. A negação do sexo contribuiria somente para agravar a situação de carência amorosa predominante no conjunto da população – herança de dois mil anos de moralidade estóico-cristã – tornando ainda menos provável a prática de sexo mais seguro.

É exatamente nesta questão de como lidar com o medo, fazendo da consciência do risco a via possível para a mudança de comportamento, que se encontra o ponto crucial do trabalho de prevenção. Como já foi demonstrado, a percepção do risco parece clara, são poucos os que negam o medo – 11,55% no A e 16,01% no B. E ainda menor – 6,30% no A e 4,99% no B – o número dos que se dizem indiferentes. No entanto, as respostas referentes a mudanças de comportamento negam vir a percepção do risco acompanhada de mudanças comportamentais que permitam, se não eliminá-lo, ao menos reduzi-lo.

Há diversos fatores sociais que levam as pessoas a praticar sexo não seguro: a resistência ao uso do preservativo; o custo do preservativo, que o torna, para muitos, inacessível; as condições de confinamento forçado em situação de promiscuidade, como é o caso de cadeias e presídios; a prestação de serviços sexuais como fonte de sobrevivência. Relatos de trabalhadores sexuais indicam que clientes continuam a demandar sexo não seguro; a relação sexual sem preservativo chega a ser inclusive mais bem paga do que a com preservativo. A demanda do cliente por sexo menos seguro é o primeiro fator, no meio da prostituição, contra o uso da camisinha, o que implica em sérias consequências na promoção da saúde.

Um dos fatores de resistência ao uso do preservativo está relacionada à dificuldade que sua proposição apresenta. Intimidade, desconfiança, constrangimento, medo de desagradar o parceiro/a permeiam este ato e propô-lo não parece ser tarefa fácil. As mulheres reportam uma dificuldade adicional advinda da tentativa de corresponder à expectativa de passividade nas questões referentes ao sexo. São geralmente os homens e não as mulheres que tomam decisões durante a relação sexual. O cruzamento das formas de mudança de comportamento com o sexo dos entrevistados

mostrou que a incorporação do uso do preservativo foi reportada, como forma de mudança de comportamento sexual, por 73.58% dos homens e 47.86% das mulheres, percentual portanto menor, para as mulheres. Acrescente-se o fato de que, muitas mulheres sabem ou sentem que tem pouco controle sobre o comportamento sexual de seus parceiros e a exigência do preservativo sugeriria o conhecimento ou a suposição de infidelidade.

São portanto diversas as razões da resistência que se faz ao uso do preservativo como prática preventiva. Vão elas desde a alteração de sensações ao custo e disponibilidade, passando pelo conforto e praticidade. Faz-se, entretanto, urgente e necessária a desmistificação e popularização de seu uso.

O conceito de sexo mais seguro vai, no entanto, além do mero uso de preservativos e inclui a saúde sexual das pessoas. Significa manter-se junto, conversar sobre sentimentos e — principalmente — conversar sobre sexo. A necessidade de se falar sobre sexo é comprovada pelos tipos de dúvidas e questões colocadas pelos jovens no momento dos debates. Embora os jovens saibam pouco sobre AIDS, a sexualidade é terreno ainda menos conhecido. O risco da AIDS acabou por trazer uma forma socialmente aceita de se falar sobre sexo e sexualidade, criou um espaço para que os jovens passem a refletir sobre seu próprio comportamento e a compreender melhor a necessidade de modificação de hábitos sexuais e de atitudes com relação à vivência plena da sexualidade.

Há ainda muito a ser discutido e trabalhado. Os dados demonstram que o medo, por si só, é ineficaz para provocar mudanças comportamentais. As mudanças de comportamento necessárias à prevenção à AIDS só serão conseguidas através de um processo de educação continuada, voltada para populações específicas, recebida por fontes diversas e processada junto à família, aos amigos, ao grupo de trabalho.

Experiências de educação comunitária sobre sexo mais seguro (ALMEDAL & CARLEGARD, 1991; KIMANI, 1991) confirmam que trabalhar preconceitos, medos e o respeito à diferença é tão importante quanto promover a compreensão de que insistir em praticar sexo mais seguro não é sinal de desconfiança numa relação, mas de cuidado mútuo. É de vital importância promover comunicação sexual mais criativa, fazer do sexo mais seguro uma expansão positiva da sexualidade e reafirmar as relações pessoais como uma das coisas mais importantes da vida.

### 1.3. Conhecimento de alguém com AIDS e atitude tomada

A questão "Você conhece ou já conheceu alguém contaminado ou doente de AIDS?", como indica a Tabela 12, foi respondida afirmativamente por 176 pessoas, o que equivale a 23.09% do total dos entrevistados.

**TABELA 12 – CONHECIMENTO DE PESSOAS CONTAMINADAS COM A AIDS**

	No.	%
SIM	176	23,09
NÃO	531	69,69
NÃO RESPONDERAM	54	7,22
TOTAL	762	100,00

Não se sabe se o doente de AIDS conhecido é alguém próximo, se o conhecimento é de "ouvir dizer" ou se é mesmo o caso de soropositivos ou doentes de AIDS famosos como artistas, atletas, cantores conhecidos através dos meios de comunicação.

No entanto, seja por contato pessoal, seja através da mídia, tem-se que 23.09% dos entrevistados sabem ou souberam de pelo menos um caso real de AIDS. O dado vem sinalizar que a AIDS torna-se cada vez menos uma possibilidade longínqua. A rapidez de sua disseminação coloca-a cada vez mais próxima do cotidiano das pessoas, fato que poderá contribuir para desmistificar a idéia inicialmente apreendida da AIDS como "doença do outro".

Dos 176 que reportaram conhecer ou terem conhecido alguém com AIDS 10.80% se afastaram do doente, 63.64% continuaram como era antes, 15.91% tiveram o doente aos seus cuidados e 30.68% tiveram medo de se contaminar, como mostra a Tabela 13. Cabe dizer que são respostas múltiplas e vê-se que o medo de se contaminar atingiu 30.68% dos entrevistados, percentual maior do que o que indica aqueles que se afastaram. Isto significa que, entre aqueles que mantiveram o mesmo relacionamento e mesmo entre aqueles que cuidaram do doente, o medo de contágio se fez presente.

**TABELA 13 – ATITUDE EM RELAÇÃO À PESSOA CONTAMINADA COM A AIDS**

	No.	%
Afastou-se da pessoa	19	10,80
Continuou como era antes	112	63,64
Cuidou dela	28	15,91
Teve medo de se contaminar	54	30,68
Não responderam	3	1,70

OBS. Esta tabela refere-se somente às pessoas que responderam SIM na Tabela 12, num total de 176 pessoas. Os entrevistados podiam responder mais que uma das alternativas.

O medo foi igual para ambos os sexos, no entanto o número de mulheres que se afastou é menor que o número de homens que tomou a mesma atitude — 7.53% e 15.58% respectivamente. O número de pessoas que tratou de alguém doente é também maior para as mulheres — 18.28% e

12.99% — o que é de se esperar, dada às funções que a mulher, no seu papel reprodutivo, desempenha nos cuidados a menores e doentes.

O medo de se contaminar, em maior ou menor grau, passou por todos, sem correlação aparente com o grau de instrução. Assim como para todos os diferentes graus de instrução, o medo permeou também as diferentes faixas de renda.

No total, 28 entrevistados reportaram terem cuidado de alguém com AIDS. Embora este número represente apenas 15.91% dos que disseram conhecer ou já terem conhecido alguém contaminado pelo vírus da AIDS e 3.67% do total dos entrevistados, vale lembrar que 23.09% do total dos entrevistados afirmaram conhecer ou terem conhecido alguém com AIDS. Estes números mostram que a AIDS vem se colocando num universo mais próximo e mais tangível. A visão inicialmente difundida e introjetada, que a colocava no universo do "outro", tende a tornar-se pouco a pouco questionada pela realidade do número de infectados que cada vez mais fazem parte da vida de cada um de nós.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente texto teve, como já exposto, o objetivo de analisar o trabalho realizado através do Projeto "AIDS: da informação e educação à prevenção", tendo como ponto central a avaliação do grau de eficácia de palestras educativas como uma das estratégias de prevenção da AIDS. Foram utilizados como instrumentos de avaliação questionários aplicados antes e depois do trabalho educativo. A comparação dos dados, extraídos dos questionários analisados mostram que:

O grau de informação da população atingida é relativo. Os entrevistados detêm informações corretas sobre a AIDS, mas não todas as informações necessárias para uma atitude preventiva. As informações são absorvidas de forma superficial, formas de transmissão e formas de prevenção continuam, ainda que em menor grau, concepções imprecisas. Existe uma dificuldade de passar e uma dificuldade de assimilar todas as informações necessárias. Percebe-se, no entanto, que questões básicas, como a via sexual de transmissão, a desmistificação das crenças mais comuns e o fato

de ser a AIDS uma doença possível de ser evitada são questões assimiladas. O fato das informações serem repassadas de forma correta e serena, contribui, sem dúvida alguma, para uma primeira abordagem que pode vir a se tornar a porta de entrada para atitudes mais refletidas e mais conseqüentes.

A AIDS ainda é vista como "doença do outro". Apesar da existência de um número, ainda que pequeno, de entrevistados que afirmam ter feito a AIDS parte de seu cotidiano, são poucos os que se sentem realmente próximos ao problema ou identificados com ele. Embora o medo de contrair a doença tenha sido manifestado pela maioria dos entrevistados — o que é um dado positivo — é bem menor o número de entrevistados que relacionaram o medo à uma mudança de comportamento, ou seja, a atitudes concretas de prevenção. Sabe-se que a informação, por si só não é suficiente para mudar comportamentos. As pessoas mudam seus comportamentos porque aqueles que as rodeiam estão mudando e, no caso de comportamento sexual, mudam porque seus parceiros sexuais estão mudando (HUGUES, 1992). Sabe-se ainda que a incorporação de práticas sexuais mais seguras é um objetivo a longo prazo e torna-se difícil avaliar, num prazo curto, qual o real impacto das atividades hoje realizadas.

O trabalho educativo extrapola, portanto, a dimensão do conhecimento propriamente dito, uma vez que envolve mudança de atitude e de comportamento. E atitudes e comportamentos apresentam uma gama enorme de componentes subjetivos que demandam que a questão seja tratada também na esfera da emoção e dos sentimentos. A análise mostra que estratégias como esta, de atendimento em larga escala, são estratégias indiscutivelmente corretas para uma primeira sensibilização com relação à questão da AIDS; significam um primeiro momento de aproximação ao problema. Face ao acima exposto, conclui-se pela validade da utilização de palestras educativas no início do trabalho, pressupondo-se, no entanto, um necessário desdobramento deste momento inicial para um projeto de prevenção mais eficiente, possível de ser realizado através da implementação de estratégias complementares que incluam metodologia participativa e educação continuada, de forma a aumentar a eficácia do trabalho e garantir a prevenção proposta.

PAULILO, M.A.S.; JEOLÁS, L.S; ELISBÃO, M.C.M. Strategies on the prevention of AIDS. *Semina: Ci. Soc./Hum.*, Londrina, v. 14, n. 3, p. 159-169, Sept. 1993.

**ABSTRACT:** *The present work is a result of the analysis of the data obtained by the project named: "AIDS: from information and education to prevention". The project was performed by the Departments of Social Work, Social Sciences and Medical Clinic of the University of Londrina, together with the Interdisciplinary Association of AIDS of Londrina, from February to December 1992. The aims of the project were the raising of awareness about the seriousness of the pandemic and the need of its prevention and it was carried out by means of educational talks. The aim of this essay is to evaluate the raising of the level of information and the will to change the attitude through strategies such as the one used in this project, that is, educational talks as a means of prevention of AIDS. The methodology used to evaluate the results was based on questionnaires filled in before and after the educational lecture. The analysis indicates that some basic knowledge about AIDS is absorbed, although pre-conceived notions remain. The conclusion points out the importance of the educational lecture in the initial stage of the work. It is, however, from the point view of prevention, a strategy of limited efficacy, demanding complementary strategies.*

**KEY-WORDS:** *HIV/AIDS; Health education.*

*Semina Ci. Soc./Hum.*, v. 14, n. 3, p. 159-169

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEDAL, C.; CARLEGARD, R. *Conversar pode salvar vidas. Ação Anti-AIDS*, Rio de Janeiro, n. 13, 1991.
- DANIEL, H. *Vida antes da Morte*. Rio de Janeiro: Tipografia Jaboti/ABIA, 1989.
- Mudanças de Comportamento. *CBCISS*, v. 22, n. 228, p. 62-68, 1990.
- DANIEL, H.; PARKER, R. *AIDS, a terceira epidemia*. São Paulo: Iglu, 1991.
- GOFFMAN, E. *O Estigma*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- HUGHES, H. O que estamos fazendo é correto – e é correto o que estamos fazendo? *Ação Anti-AIDS*, Rio de Janeiro, n. 16, 1992.
- JEOLAS, L.; ELISBÃO, M.C.M. O Fenômeno Social AIDS: grau de informação em parcelas da população de Londrina. In: ASSEMBLÉIA GERAL DA FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA, Londrina, ago. 1992. (Trabalho datilografado).
- KIMANI, L. *Preparando-se para o "grande dia"*. *Ação Anti-AIDS*, Rio de Janeiro, n. 13, 1991.
- LONGO, P.P.H. AIDS Fobia. *CBCISS*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 228, p. 38-56, 1990.
- MUNHOZ, R. et al. O Impacto Social da AIDS: uma avaliação na cidade de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1990.
- POLLAK, M. AIDS como fato social. *Ciência Hoje*, São Paulo, v. 7 n. 41, p. 66-72, abril 1988.
- SHIKI, M.A.P. Palestras educativas: avaliação. In: ENCONTRO NACIONAL DE ONGs/AIDS, 5, Fortaleza. *Resumos...* Fortaleza: GAPA-CE, 1992. p. 30-31.
- SONTAG, S. *AIDS e suas Metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- THIOLLENT, M.J.M. *Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária*. São Paulo: Polis, 1982. (Coleção Teoria e História, n. 6).
- VENTURI, G. AIDS: temor, informação e mudança de comportamento. In: PAIVA, V. (org.). *Em Tempos de AIDS*. São Paulo: Summus, 1992.

Recebido para publicação em 29/06/1993

---

## AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem aos professores Nelson Dacio Tomazi e Kimyie Tommasino, do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina, por suas críticas e sugestões.