



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Miranda Lima, Marcela; Carlos, Jaqueline; Braga Areal, Rômulo; Silva Souza, Rodrigo José; Silveira Lima, Swiany; de Oliveira Campos, Lucio Antonio; Vasconcellos Eisenlohr, Pedro; Picinin Filardi, Michelle

Conhecimento da população de Viçosa, MG, sobre as formas de transmissão da aids

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 6, novembro-dezembro, 2008, pp. 1879-1888

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013620>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Conhecimento da população de Viçosa, MG, sobre as formas de transmissão da aids

The knowledge of the population of Viçosa, MG,
about the ways of AIDS transmission

Marcela Miranda Lima¹

Jaqueleine Carlos¹

Rômulo Braga Areal¹

Rodrigo José Silva Souza¹

Swiany Silveira Lima¹

Lucio Antonio de Oliveira Campos¹

Pedro Vasconcellos Eisenlohr¹

Michelle Picinin Filardi¹

Abstract AIDS is a major public health problem reaching all social strata. Knowing about the ways of transmission is a way of preventing the disease. For evaluating the level of knowledge of the population of the city of Viçosa about AIDS transmission, a questionnaire about the ways of transmission of the disease based on studies made in Europe was applied to 376 individuals. The questionnaire consisted of eleven multiple-choice questions about the ways of AIDS transmission, sex, age and educational level of the interviewees. The results showed that the ways of transmission emphasized in health campaigns are well assimilated, while the questions about everyday situations that offer no risk received a high number of incorrect answers. The differences were not significant when data were stratified by sex. The same data stratified by age or educational level showed significant differences for some questions; people aged over 55 and with a lower educational level had a significantly higher number of incorrect answers. It can be concluded that the population of Viçosa knows the main ways of AIDS transmission, but a part of the population does not know that some everyday situations do not pose risk of transmission. These data can be useful for the preparation of elucidative campaigns for reducing prejudice.

Key words AIDS, Transmission, Knowledge, Educational level, Age

Resumo A aids é um dos mais graves problemas de saúde pública atuais e uma importante forma de prevenção reside no conhecimento, por parte da população, das formas de transmissão da doença. Com o objetivo de avaliar o grau de conhecimento da população da cidade de Viçosa em relação às formas de transmissão da aids, foram aplicados 376 questionários, com onze perguntas de múltipla escolha sobre as formas de transmissão da aids, bem como sexo, idade e escolaridade dos entrevistados. Os dados mostraram que as formas de transmissão enfatizadas pelas campanhas de saúde estão bem assimiladas, enquanto situações do cotidiano que não oferecem risco apresentaram elevado número de respostas incorretas. As diferenças encontradas entre os sexos não foram significativas. Quando os dados foram estratificados por idade e escolaridade, foram encontradas diferenças significativas para algumas perguntas em que as pessoas com mais de 55 anos e de menor escolaridade apresentaram maior número de respostas incorretas. Pode-se concluir que a população viçosense conhece as principais formas de transmissão da aids, mas uma parte desconhece a ausência de risco de algumas atividades cotidianas. Esses dados podem ser usados para a elaboração de campanhas de esclarecimento visando à redução do preconceito.

Palavras-chave Aids, Transmissão, Conhecimento, Escolaridade, Idade

¹ Departamento de Biologia Geral, Universidade Federal de Viçosa. Av. PH Rolfs s/n, Campus Universitário, 36570-000 Viçosa MG. limamm@gmail.com

Introdução

A pandemia da aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) caracteriza-se como um dos mais graves problemas de saúde pública deste início de século¹. Dentre as doenças que mais matam no mundo, a aids perde apenas para doenças do coração e infecções respiratórias, sendo estas duas últimas doenças que, tipicamente, causam morte em idade mais avançada². Sendo assim, a aids constitui-se hoje na maior causa de morte por doença entre o público jovem.

A aids já devastou vários países, revertendo quadros de desenvolvimento nacional, aumentando a distância entre ricos e pobres e empurrando grupos estigmatizados cada vez mais para a margem da sociedade². Milhões de pessoas já foram mortas, dizimando famílias e comunidades inteiras, e milhões de outras pessoas tiveram suas vidas negativamente afetadas pela doença³.

A aids foi descrita inicialmente em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados os primeiros casos. Em 1983, foi identificado o agente etiológico, o vírus denominado HIV (vírus da imunodeficiência humana)⁴. Desde então, inúmeras têm sido as pesquisas em todos os campos associados à doença, como transmissão, prevenção e tratamento na tentativa do seu controle.

De acordo com o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, a epidemia da doença no Brasil está em processo de estabilização. Entre 1980 e 2004, foram registrados 362.364 casos no país. A incidência da aids diminuiu entre os homens, ao passo que aumentou entre as mulheres. O Brasil tem, hoje, aproximadamente 600 mil portadores do vírus HIV⁵. Segundo Melo¹, percebe-se que um quadro de uma epidemia restrita a determinados grupos de risco (como homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas) foi substituído por outro no qual se destacam mulheres, jovens e heterossexuais.

Na XIII Conferência Internacional sobre Aids, ocorrida em Durban, África do Sul, em 2000, cientistas chegaram a um consenso de que a melhor estratégia para combater a aids seria integrando-se a prevenção com cuidados, tratamento e mitigação, sendo o programa brasileiro de combate à aids amplamente reconhecido como um exemplo dessa integração⁶.

Ainda não existem vacinas para a aids⁷ e, devido à ausência de cura até o presente momento, o controle da doença reside, hoje, na prevenção. Entretanto, o esforço para a prevenção da aids difere do de outros problemas de saúde, uma vez que as consequências de outros comportamen-

tos de risco como fumo, bebida ou o uso de drogas são geralmente reversíveis, oferecendo assim múltiplas oportunidades de intervenção. Para muitos problemas de saúde, a falha em algum ponto da intervenção pode resultar ainda em sucesso posterior, mas a falha na intervenção no caso da aids pode ser a infecção pelo HIV e, na ausência de cura, quase certamente resultará em morte prematura⁸.

Fazem parte do processo preventivo: o desenvolvimento da intervenção, a sua implementação, disseminação, e por último, a avaliação dos programas⁹. A experiência ao longo dos vinte anos de epidemia mostrou que existem diversas alternativas de controle da disseminação da aids. Dentre estas alternativas, encontram-se campanhas de prevenção em massa realizadas na mídia; marketing social de preservativos (distribuição ou venda a baixo custo); tratamento de DSTs; projetos de prevenção realizados com públicos-alvo específicos como jovens, "garotas de programa" e seus clientes, usuários de drogas injetáveis; testagem e aconselhamento voluntários e prevenção de transmissão mãe-filho. Estas diferentes formas têm se mostrado efetivas e, quando aplicadas e dosadas corretamente, podem levar à significativa redução nos níveis de prevalência da doença².

Independentemente do tipo de intervenção adotada, um efetivo planejamento e implementação requerem um processo rigoroso de avaliações posteriores. No entanto, estas avaliações posteriores têm sido altamente negligenciadas na prática⁹. O Ministério da Saúde desenvolve inúmeras campanhas de massa visando à adoção de comportamentos seguros por parte da população, mas não há uma avaliação do resultado destas campanhas sobre a população. Para se ter uma idéia, data de 2005 a primeira avaliação específica de uma campanha do Ministério da Saúde¹⁰.

Esta avaliação faz-se ainda mais necessária quando avaliados o alto custo das campanhas contra a aids e a escassez de recursos disponíveis. Assim, reveste-se de importância uma precisa e contínua avaliação do impacto de cada método de prevenção, para que uma análise custo/benefício seja feita, de modo que os investimentos possam ser feitos da melhor forma possível².

As formas de avaliação dessas estratégias são na maioria das vezes específicas para cada uma, o que por vezes dificulta comparações. Uma forma de comparação geral e ampla é a avaliação do número de casos de aids detectados no período de aplicação da estratégia, por unidade de tempo, em comparação com um período próximo

sem aplicação na mesma população. Outra forma, mais simples, é a avaliação do conhecimento da população a respeito das questões abordadas nas campanhas, verificando diretamente o impacto das estratégias de informação².

O presente trabalho teve como o objetivo avaliar o grau de informação da população da cidade de Viçosa acerca das formas de transmissão da aids, norteando, com os resultados obtidos, preparações de campanhas preventivas.

Métodos

Uma forma simples de se determinar a eficiência de programas de prevenção é a avaliação direta do conhecimento da população a respeito das questões abordadas nas campanhas². Sendo assim, para este estudo, adotou-se a aplicação de questionário estruturado, em virtude do seu baixo custo e por possibilitar respostas rápidas a questões relativas ao nível de conhecimento da comunidade.

População de referência e amostra

A cidade de Viçosa possuía, no último censo, 64.854 habitantes¹¹, estando situada na Zona da Mata sudeste do estado de Minas Gerais. A cidade abriga a Universidade Federal de Viçosa, tendo grande número de estudantes, professores e funcionários.

O questionário foi aplicado a transeuntes e trabalhadores da feira livre de agricultores do município, local este escolhido devido ao grande fluxo de pessoas de diferentes estratos populacionais. Os transeuntes foram abordados aleatoriamente, totalizando 376 questionários.

Instrumento

O instrumento de coleta consistiu em um questionário com onze perguntas com respostas fechadas (sim, não, talvez e não sabe) e perguntas acerca de dados gerais (sexo, idade e grau de escolaridade). Como base para a elaboração do instrumento de coleta, foi utilizado um relatório de estudo realizado na União Européia¹². Após a elaboração de uma primeira versão do questionário, este foi pré-testado com dez pessoas, tendo sofrido algumas adaptações, sobretudo na linguagem utilizada.

Os procedimentos do estudo foram desenvolvidos de forma a proteger a privacidade dos indivíduos, garantindo a participação anônima

e voluntária. O projeto de pesquisa incluindo o questionário foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Viçosa.

Coleta de dados

A equipe de entrevistadores foi composta por oito estudantes do curso de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Viçosa entre o 3º e o 10º período, participantes do Programa de Educação Tutorial (PET).

Análise estatística

A análise estatística dos dados foi realizada seguindo um critério de agrupamento de respostas, sendo as quatro possíveis respostas agrupadas em duas categorias, "informado" (**inf**) e "não informado" (**n-inf**).

A resposta "não" foi considerada **informada** para as questões: (1) Comendo alimentos preparados por uma pessoa com aids, (2) Manipulando objetos tocados por uma pessoa com aids, (3) Bebendo em um copo que acaba de ser usado por uma pessoa com aids, (6) Usando um vaso sanitário que acaba de ser utilizado por uma pessoa com aids, (7) Apertando a mão de uma pessoa com aids, (8) Beijando a boca de uma pessoa com aids, (10) Cuidando de uma pessoa com aids e (11) Doando sangue. As demais respostas (sim, talvez e não sabe) foram consideradas não informadas para estas mesmas questões.

A resposta "sim" foi considerada **informada** para as demais questões; (4) Recebendo sangue doado por uma pessoa com aids, (5) Sendo picado por uma seringa usada por uma pessoa com aids e (9) Tendo relações sexuais sem proteção com uma pessoa com aids. Os dados não agrupados em informado e não informado podem ser visualizados na Tabela 1.

As freqüências de respostas de **informado** e **não informado** referentes a cada pergunta foram então comparadas entre as variáveis **sexo**, **idade** e **escolaridade**, utilizando-se o teste do qui-quadrado ao nível de 5% de significância. Para os resultados significativos, foram testados os seguintes contrastes, utilizando-se o mesmo teste:

- Mais de 55 (+55) contra demais idade;
- Ensino fundamental contra ensino médio;
- Ensino fundamental e médio contra ensino superior.

Resultados

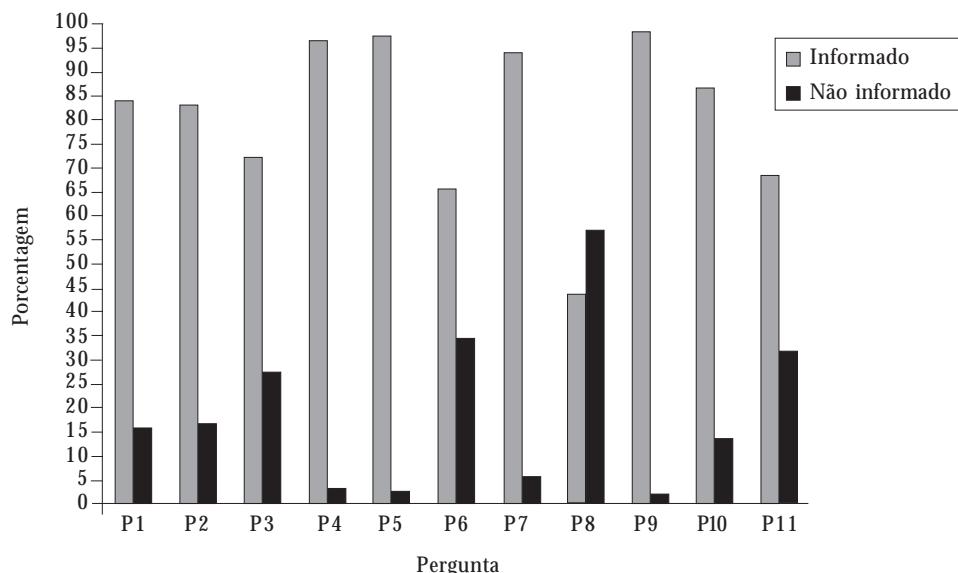
Para o uso de seringas contaminadas, 97% dos entrevistados responderam tratar-se de uma for-

ma de transmissão; para relação sexual sem proteção, 98%; e recepção de sangue de doador contaminado, 97%. A pergunta a respeito do aperto de mão teve 94% de respostas corretas (Figura 1).

Tabela 1. Resposta dos entrevistados às perguntas sobre situações que envolvem ou não risco de transmissão da aids.

Pergunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Não	291	288	251	9	5	227	326	150	6	299	237
Não sabe	12	8	9	1	2	16	5	10	339	2	2
Sim	30	34	62	335	337	67	12	89	1	28	89
Talvez	13	16	24	1	2	36	3	97	0	17	18
Total	346										

Legenda: Respostas dos entrevistados para as respectivas perguntas sendo, P1= Comendo alimentos preparados por uma pessoa com aids; P2=Manipulando objetos tocados por uma pessoa com aids; P3= Bebendo em um copo que acaba de ser usado por uma pessoa com aids; P4= Recebendo sangue doado uma pessoa com aids; P5= Sendo picado por uma seringa usada por uma pessoa com aids; P6= Usando um vaso sanitário que acaba de ser utilizado por uma pessoa com aids; P7= Apertando a mão de uma pessoa com aids; P8= Beijando a boca de uma pessoa com aids; P9= Tendo relações sexuais sem proteção com uma pessoa com aids; P10= Cuidando de um uma pessoa com aids; P11= Doando sangue.



Legenda: Porcentagens das respostas agrupadas em informado e não informado para as seguintes perguntas: P1= Comendo alimentos preparados por uma pessoa com aids; P2=Manipulando objetos tocados por uma pessoa com aids; P3= Bebendo em um copo que acaba de ser usado por uma pessoa com aids; P4= Recebendo sangue doado uma pessoa com aids; P5= Sendo picado por uma seringa usada por uma pessoa com aids; P6= Usando um vaso sanitário que acaba de ser utilizado por uma pessoa com aids; P7= Apertando a mão de uma pessoa com aids; P8= Beijando a boca de uma pessoa com aids; P9= Tendo relações sexuais sem proteção com uma pessoa com aids; P10= Cuidando de um uma pessoa com aids; P11= Doando sangue.

Figura 1. Freqüências e porcentagens das respostas para as respectivas perguntas.

Quanto a outras possíveis formas de transmissão, 73% dos entrevistados responderam que não se pode contrair o vírus ao beber em um copo que acaba de ser usado por uma pessoa com aids, 66% ao usar um assento sanitário nessas condições, 43% beijando a boca de um portador e 68% ao doar sangue simplesmente.

Quando os dados foram estratificados por sexo, apenas a pergunta referente à transmissão por beijo na boca teve diferença significativa, sendo que as mulheres apresentaram maior número de respostas corretas ($\chi^2=5.82$; $p=0.01$). Quando os mesmos foram estratificados por idade - menores e maiores que 55 anos -, foram encontradas diferenças para as perguntas 1, 2, 3, 6, 7, 8 e 10 (Tabela 2), em que as pessoas com mais de 55 anos apresentaram menor número de respostas corretas. Na estratificação por grau de escolaridade, houve diferença entre as pessoas que possuíam até o ensino fundamental e aquelas que possuíam ensino médio completo para as perguntas 1, 2, 3, 6, 8 e 10 (Tabela 3), em que aquelas que possuíam o ensino médio tiveram maior número de respostas corretas do que aquelas que possuíam até o ensino fundamental. Também houve diferença entre as pessoas que possuíam até o ensino médio e aquelas que possuíam ensino superior para as perguntas 1, 3, 6, 8 e 11 (Tabela 3), para as quais as pessoas com nível superior tiveram maior número de acertos.

Discussão

Na primeira avaliação de Campanha de Saúde realizada pelo Ministério da Saúde, Porto¹⁰ encontrou um resultado que demonstra sucesso de campanha vinculada pela mídia, em especial a televisão. Os dados do presente estudo mostram que as formas de transmissão como a transmissão sexual, o uso de seringas contaminadas e a recepção de sangue de doador contaminado, enfatizadas pelas campanhas de saúde e pela mídia em geral, estão bem sedimentadas (Figura 1). O aperto de mão, apesar de não ser tão enfatizado pela mídia, teve um alto número de respostas corretas.

Entretanto, cabe ressaltar que o conhecimento da população sobre as formas de transmissão de doenças (neste caso, a aids) não implica necessariamente em mudança de atitude^{13,14}. Este é um grande desafio na elaboração de campanhas educativas, uma vez que além de chegar até a população, a mensagem vinculada deve ser capaz de provocar mudanças comportamentais. Segundo Chor¹⁴, ao pensarmos na prevenção de doenças, são necessárias estratégias adequadas a realidades específicas. Em 2003, a campanha de carnaval de prevenção à aids do Ministério da Saúde, por exemplo, foi voltada a um público específico - meninas entre 13 e 19 anos, mostrando-lhes a necessidade de que elas não tivessem

Tabela 2. Comparação percentual de respostas corretas entre dois grupos de idade (maiores e menores de 55 anos).

Pergunta	-55 anos (n= 306)	+55 anos (n=40)	χ^2	p
1. Comendo alimentos preparados por uma pessoa com aids	86.3%	67.5%	9.327	< 0.01*
2. Manipulando objetos tocados por uma pessoa com aids	85.6%	65.0%	10.781	< 0.01*
3. Bebendo em um copo que acaba de ser usado por uma pessoa com aids	76.1%	45.0%	17.227	< 0.01*
4. Recebendo sangue doado uma pessoa com aids	96.4%	100.0%	-	-
5. Sendo picado por uma seringa usada por uma pessoa com aids	97.4%	97.5%	0.002	0.966
6. Usando um vaso sanitário que acaba de ser utilizada por uma pessoa com aids	69.3%	37.5%	15.835	< 0.01*
7. Apertando a mão de uma pessoa com aids	96.1%	80.0%	16.792	< 0.01*
8. Beijando a boca de uma pessoa com aids	76.1%	35.0%	29.318	< 0.01*
9. Tendo relações sexuais sem proteção com uma pessoa com aids	97.7%	100.0%	-	-
10. Cuidando de um uma pessoa com aids	89.2%	65.0%	17.672	< 0.01*
11. Doando sangue	68.6%	67.5%	-	-

Legenda: * Diferenças probabilísticas significativas a 5% pelo teste qui-quadrado

Os valores de ausentes referem-se a contrastes não realizados, pois não houve diferença entre nenhuma faixa etária.

Tabela 3. Comparação percentual de respostas corretas entre três grupos de escolaridade.

Pergunta	Até EF (n= 194)	EM (n=104)	χ^2	p	Até EM (n=298)	ES (n=48)	χ^2	p
1. Comendo alimentos preparados por uma pessoa com aids	78.3%	89.4%	5.677	0,017*	82.2%	95.8%	5.735	0,017*
2. Manipulando objetos tocados por uma pessoa com aids	78.3%	90.4%	6.807	< 0.01*	82.5%	87.5%	0.726	0,394
3. Bebendo em um copo que acaba de ser usado por uma pessoa com aids	63.9%	80.8%	9.121	< 0.01*	69.8%	89.6%	8.124	< 0.01*
4. Recebendo sangue doado uma pessoa com aids	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Sendo picado por uma seringa usada por uma pessoa com aids	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Usando um vaso sanitário que acaba de ser utilizada por uma pessoa com aids	56.2%	75.0%	10.253	< 0.01*	62.7%	83.3%	7.761	< 0.01*
7. Apertando a mão de uma pessoa com aids	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Beijando a boca de uma pessoa com aids	63.4%	78.8%	7.522	< 0.01*	68.8%	87.5%	7.084	< 0.01*
9. Tendo relações sexuais sem proteção com uma pessoa com aids	-	-	-	-	-	-	-	-
10. Cuidando de um uma pessoa com aids	81.4%	93.3%	7.669	< 0.01*	85.6%	91.7%	1.309	0,253
11. Doando sangue	63.9%	67.3%	0.342	0,558	65.1%	89.6%	11.484	< 0.01*

Legenda: EF = Ensino fundamental; EM = Ensino médio; ES = Ensino superior

* Diferenças probabilísticas significativas a 5% pelo teste qui-quadrado

Os valores de p ausentes referem-se a contrastes não realizados, pois não houve diferença entre nenhum grupo de escolaridade.

vergonha de adquirir preservativos. Em uma pesquisa realizada para avaliar os efeitos dessa campanha, descobriu-se que ela foi bem recebida entre as jovens, além de ter causado discussões sobre o tema, e aparentemente ter contribuído para reforçar atitudes¹⁰.

Um fato importante observado em nosso estudo merece especial atenção: o conhecimento equivocado quanto a determinadas formas de transmissão, como o uso de assento sanitário, o beijo na boca, a doação de sangue e o uso de copo previamente utilizado por um portador da doença. Essas questões apresentaram os menores níveis de acerto, todos inferiores a 75%. Resultados semelhantes também foram observados em outros estudos¹³. As respostas erradas obtidas podem ser decorrentes das dimensões culturais ou simbólicas da aids, incluídas no imaginário do risco da doença¹⁵. O imaginário do risco da aids relaciona-se com os significados atribuídos à doença de maneira negativa, uma vez que esta há muito tempo vem sendo atribuída à idéia de contágio, à necessidade de limites corporais e à simbologia do sangue e saliva¹⁵. Este imaginário e simbolismo geram, em muitos casos, a falta de

informação da população que associa a possibilidade de contaminação a diversas situações do cotidiano que não oferecem risco.

Quanto às perguntas sobre outras situações do cotidiano que não oferecem risco de transmissão, como comer alimentos preparados por um doente, manipular objetos tocados por este e cuidar de um portador da doença, os índices de acerto situaram-se entre 75 e 90%. Embora estas situações também recebam pouca atenção da mídia, elas apresentaram um índice de acerto maior do que as acima citadas. Este resultado pode ser explicado por constituírem situações que não envolvem os grandes símbolos associados à doença: sangue e saliva.

As respostas relacionadas à pergunta referente ao beijo na boca chamam bastante atenção devido ao grande número de pessoas que acreditam que este oferece algum risco (57%). A resposta “talvez”, que foi considerada incorreta, representou 28% do total, refletindo a falta de consenso existente na comunidade científica. Na década de 1980, muitas informações contraditórias foram vinculadas em relação à transmissão do vírus através do beijo na boca¹³ e este conceito

pode ter sido incorporado pelas pessoas e influenciado suas respostas. Embora o Ministério da Saúde¹⁶ desconsidere o beijo na boca como forma de contaminação e pesquisadores afirmem que a saliva não contém vírus em quantidades infectantes¹⁷, grande parte da população ainda apresenta dúvida quanto a esta situação. Fernandes *et al*¹³, em sua pesquisa em uma população de favela do Rio de Janeiro, encontraram 27,1% de respostas incorretas, número bastante semelhante ao encontrado neste trabalho, catorze anos depois, indicando uma falha na divulgação desta informação.

Embora, como visto acima, a maioria da população esteja consciente de que a recepção de sangue contaminado é uma forma de transmissão, muitos entrevistados acreditam que a doação de sangue traga algum tipo de risco para o doador (32%). Dados semelhantes foram encontrados por Sawyer *et al*¹⁸, em que pessoas entrevistadas responderam que há risco de contaminação no ato de doação de sangue. Estes dados podem refletir a falta de campanhas educativas de hemocentros, esclarecendo a população sobre as medidas de prevenção tomadas para que o doador não corra nenhum risco. Doadores e receptores estão protegidos pela legislação¹⁹, onde o uso de material descartável em todas as fases do processo e o teste do sangue a ser utilizado é obrigatório. Percebeu-se uma confusão dos entrevistados entre o ato de doar e o de receber sangue, sendo que, para muitos, doação correspondia ao ato de receber sangue via transfusão, o que pode justificar parte dos resultados encontrados. Este tipo de dúvida pode acarretar uma menor procura por doação de sangue, o que não se é desejável para a saúde pública.

O fragmento a seguir foi extraído da cartilha da campanha do Dia Mundial de Luta contra a Aids do Governo Federal²⁰ e aponta para o problema da falta de informação da população em geral: *O preconceito e a discriminação contra as pessoas vivendo com HIV/aids são as maiores barreiras no combate à epidemia, ao adequado apoio, à assistência e ao tratamento da aids e ao seu diagnóstico. Os estígnas são desencadeados por motivos que incluem a falta de conhecimento, mitos e medos.* Apesar de haver essa consciência, as campanhas ainda são fortemente voltadas para as formas de transmissão, dando menor enfoque às formas de não transmissão.

Quando os dados foram estratificados por idade (menor e maior que 55 anos), observou-se um número significativamente maior de respostas incorretas para os maiores de 55 anos justa-

mente nas questões pouco abordadas pela mídia nas campanhas. Cabe ressaltar que, para as formas de transmissão bem enfocadas pela mídia, não houve diferença entre as idades, podendo este fato estar também associado às informações obtidas na escola, relacionadas às formas de não-transmissão. Este resultado pode ser reflexo de campanhas informativas destinadas a um público mais jovem e à resistência ou falta de acesso do público mais velho aos novos conhecimentos a respeito da doença. Há ainda o fato de que, no início da epidemia da aids, a doença era associada à idéia de morte, e as campanhas visando à prevenção da doença estiveram amplamente associadas ao terrorismo, ao medo²¹. Segundo Ayres²¹, estas campanhas terroristas tiveram um efeito de aumento da discriminação e do preconceito com relação à doença, além de afastar as pessoas do problema na época. O elevado índice de respostas erradas encontrados nesta faixa etária para situações de não-transmissão pode contribuir grandemente para o aumento do preconceito com relação aos portadores da doença. Campanhas direcionadas a indivíduos acima de 55 anos, como em grupos de terceira idade, e campanhas veiculadas pela televisão abordando as formas de não-transmissão podem ser uma boa opção para reverter este quadro.

Na estratificação por escolaridade, indivíduos que possuíam ensino superior apresentaram maior número de respostas corretas com relação a indivíduos com ensino médio, e estes, por sua vez, apresentaram maior índice de acerto quando comparados com aqueles que possuíam até o ensino fundamental. Com estes dados, pode-se dizer que, para a população amostrada neste estudo, a escolaridade está diretamente relacionada ao conhecimento sobre as formas de transmissão e não-transmissão da doença. Questões envolvendo as situações de não-transmissão, como preparo de alimento, uso de copo, uso de vaso sanitário e beijo foram aquelas cujas respostas estiveram mais relacionadas com a escolaridade, ocorrendo um aumento gradativo no número de respostas corretas com maiores níveis de escolaridade. Por outro lado, questões envolvendo situações de transmissão tiveram número de acertos independentes da escolaridade. A doação de sangue mais uma vez chama a atenção pelos resultados encontrados. Não foi verificada diferença significativa entre ensino fundamental e médio (cerca de 35% de erro para ambos), contrastando com um menor número de respostas erradas entre os que possuem ensino superior (10% de erro).

Segundo Pitta²², *a questão comunicacional no campo da saúde passa a não mais se reduzir a planejamento e elaboração de produtos comunicativos, mas a se conformar como um conjunto mais complexo de processos, estratégias, táticas e inventividades, entre as quais os produtos comunicativos são apenas parte*. Assim, a campanha em si é o resultado final de todo uma estratégia de ação com vistas à saúde da população. Entretanto, para se montar uma estratégia, é preciso primeiro conhecer o problema, ou seja, conversar com a população, saber o que ela já sabe, se os meios atualmente utilizados são eficientes, se são aprovados, enfim, é preciso um envolvimento dos sujeitos com o problema a ser trabalhado.

Conclusão

Pode-se concluir que as pessoas têm conhecimento sobre as principais formas de transmissão da aids, mas não se encontram bem esclarecidas quanto a situações do cotidiano que não oferecem risco.

Os dados obtidos poderão servir de base para futuras campanhas sobre a aids, na qual o enfoque seja o esclarecimento da população quanto a situações que não oferecem risco, visando à redução do preconceito e da discriminação contra as pessoas com aids.

Anexo. QUESTIONÁRIO APLICADO

Sexo: F M

Faixa etária: 0-15 15-25 25-35 35-45 45-55 55 em diante

Escolaridade: Até EF EM ES

	A aids pode ser pega por quais das seguintes maneiras?	Sim	Não	Talvez	Não sabe
1	Comendo alimentos preparados por doente ou portador da aids				
2	Manipulando objetos tocados por doente ou portador da aids				
3	Bebendo em um copo que acaba de ser usado por doente ou portador da aids				
4	Recebendo sangue doado por um doente ou portador da aids				
5	Sendo picado por uma seringa usada por doente ou portador da aids				
6	Usando um vaso sanitário que acaba de ser utilizado por um doente ou portador da aids				
7	Apertando a mão de um doente ou portador da aids				
8	Beijando a boca de um doente ou portador da aids				
9	Tendo relações sexuais sem proteção com um doente ou portador da aids				
10	Cuidando de um doente ou portador da aids				
11	Doando sangue				

Colaboradores

Todos os autores participaram da concepção e do delineamento do trabalho, bem como na coleta dos dados (aplicação dos questionários). RB Areal trabalhou na análise dos dados, MM Lima, na confecção dos gráficos e tabelas e todos os autores, na interpretação dos mesmos. MM Lima, J Carlos, RB Areal, RJS Souza, SS Lima, MP Filardi e PV Eisenlohr participaram da redação inicial do artigo e LAO Campos fez a revisão do mesmo. MM Lima e J Carlos foram responsáveis pela redação final do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos à Nerilda Martins Miranda de Lima, atual coordenadora do Serviço de Saúde do Município de Viçosa, que nos incentivou a realizar este trabalho; ao Odair Correia Campos, pelo auxílio na coleta dos dados; ao Ronaldo Reis Júnior, Prof. Paulo de Marco Júnior e Flávia de Lima pelo auxílio nas análises estatísticas. Agradecemos também ao Programa de Educação Tutorial, mantido pela SESU-MEC, pelo auxílio financeiro.

Referências

1. Melo MGBA. *Perfil epidemiológico dos portadores HIV/aids atendidos no centro de referência de DST/HIV/aids no município de Sobral - CE* [monografia]. Sobral (CE): Universidade Estadual Vale do Acaraíju; 2004.
2. Walker D. Cost and cost-effectiveness of HIV/aids prevention strategies in developing countries: is there an evidence base? *Health Policy Plan* 2003; 18(1):4-17.
3. Lampert PR. Reducing heterosexual transmission of HIV in poor countries. *Br Med J* 2002; 324: 207-211.
4. Rachid M, Shechter M. *Manual de HIV/aids* Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e aids 2005. [acessado 2006 Jan]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
6. Berkman A, Garcia J, Muñoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/aids: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries. *Am J Public Health* 2005; 7:1162-1172.
7. Lemckert AAC, Goudsmit J, Barouch DH. Challenges in the search for an HIV vaccine. *Eur J Epidemiol* 2004; 19(6):513-516.
8. Chesney MA. Prevention of HIV and STD infections. *Prev Med* 1994; 23:655-660.
9. Kelly JA, Murphy DA, Sikkema KJ, Kalichman SC. Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed. *Am Psychol* 1993; 48:1023-1034.
10. Porto MP. Lutando contra a aids em meninas adolescentes: os efeitos da Campanha de Carnaval do Ministério da Saúde do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4):1234-1243.
11. IBGE. Censo Demográfico 2000 - Resultados do universo. [acessado 2006 Mar]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo_2000/universo.php?tipo=31&páginaatual=1&uf=31&letra=V
12. European Opinion Research Group. Le SIDA. *Eurobarometre Special* 2003; 183(2):1-15.
13. Fernandes JCL, Coutinho ESF, Matida A. Conhecimentos e atitudes relativas à SIDA/aids em uma população de favela do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 1992; 8(2): 176-182.
14. Chor D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):423-425.
15. Jeolás L. Os jovens e o imaginário da aids: notas para uma construção social do risco. *Campos - Revista de Antropologia Social* [periódico na Internet] 2003 [acessado 2006 Março]; 4: [cerca de 19 p.] Disponível em: <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/campos/article/viewFile/1600/1348>
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de aids: manual de condutas*. Brasília: Coordenação Nacional de DST-Aids/ Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde; 2000.
17. Machado ARL, Silva CLO, Dutra CE, Galvão NAM. Aids na infância: orientação básica no atendimento. *J Pediatr (Rio J)* 1994; 1(70):5-9.

18. Sawyer D, Figoli MGB, Rodrigues RN, Garcia RA. Caracterização dos tipos de doadores de sangue em Belo Horizonte: heterogeneidade do homogêneo. *XII Encontro de Estudos Popacionais*, 2000; Caxambu. p. 1-21.
19. Lei Estadual nº 13.317, Capítulo VII, Art. 72 de 24 de setembro de 1999. Código de Saúde do Estado de Minas Gerais. *Minas Gerais Diário do Executivo* 1999; 25 set.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids 2002. [acessado 2006 Jan]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/final/dia_2002/dia_mundial.htm
21. Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [periódico na Internet] 2002 [acessado 2007 Mar]; 6(11):1[cerca de 23 p.]. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista11/ensaio1.pdf>
22. Pitta AM, Rivera FJU. Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [periódico na Internet] 2006 [acessado 2007 Mar]; 10(20):[cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/09.pdf>

Artigo apresentado em 07/04/2006
Aprovado em 02/03/2007