



Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Ciência da Informação (FCI)
Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (PPGCInf)

**Conhecimento, atitude e prática no contexto da epidemia do
HIV/aids: uma abordagem da Ciência da Informação**

Flávia Moreno Alves de Souza

Brasília

2020

Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Ciência da Informação (FCI)
Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (PPGCInf)

Flávia Moreno Alves de Souza

Conhecimento, atitude e prática no contexto da epidemia do HIV/aids: uma abordagem da Ciência da Informação

Tese apresentada ao programa de Pós-graduação em Ciência da Informação da Faculdade de Ciência da Informação da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciência da Informação.

Linha de pesquisa: Comunicação e Mediação da Informação.

Orientadora: Profa. Dra. Ivette Kafure Muñoz

Brasília

2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

Título: " Conhecimento, atitude e prática no contexto da epidemia do HIV/aids: uma abordagem em da Ciência da Informação "

Autor (a): Flávia Moreno Alves de Souza

Área de concentração: Gestão da Informação

Linha de pesquisa: Comunicação e Mediação da Informação

Tese submetida à Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação da Faculdade de Ciência da Informação da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de **DOCTOR** em Ciência da Informação.

Tese aprovada em: 28 de fevereiro 2020.

Presidente (UnB/PPGCINF): Dr^a. Ivette Kafure Muñoz

Membro Interno (UnB/PPGCINF): Dr. Murilo Bastos da Cunha

Membro Externo (FIOCRUZ): Dr^a. Cristina de Albuquerque Possas

Membro Externo (Ministério da Saúde): Dr. Gerson Fernando Mendes Pereira

Suplente (UnB/PPGCINF): Dr. Clovis Carvalho Britto

Em 29/01/2020.



Documento assinado eletronicamente por **Ivette Kafure Muñoz, Membro do Colegiado da Pós-Graduação da Faculdade de Ciência da Informação**, em 28/02/2020, às 12:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por **gerson fernando mendes pereira, Usuário Externo**, em 28/02/2020, às 12:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por **Cristina de Albuquerque Possas, Usuário Externo**, em 28/02/2020, às 12:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por **Murilo Bastos da Cunha, Usuário Externo**, em 28/02/2020, às 12:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[http://sei.unb.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.unb.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.unb.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4933524** e o código CRC **10B52A28**.

https://sei.unb.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=5534310&infra_sistema=... 1/2



AGRADECIMENTOS

A Deus, obrigada por estar comigo todos os dias da minha vida e guiar cuidadosamente meus passos. Não a nós, SENHOR, nenhuma glória a nós, mas, sim, ao teu Nome, por teu amor e por tua fidelidade!

Ao meu marido amado, César, por ser meu grande incentivador e acreditar que sempre atingirei meus sonhos. Obrigada por ser meu companheiro de vida e minha alegria.

Agradeço aos meus filhos, Gustavo e Catarina, por existirem e serem minhas maiores bênçãos. Que, a partir desta experiência, vocês possam ter certeza de que tudo o que quisermos ser ou realizar é possível.

Ao meu pai, pelo cuidado ao ler cada linha da tese, à exaustão. Suas contribuições foram demasiadamente importantes para este trabalho. Sentirei saudades das nossas discussões, da companhia um do outro ouvindo jazz, sob as luzes de estudo no sótão de casa.

À minha mãe, pelo suporte emocional, pelo carinho ao longo deste percurso.

À minha irmã Luciene, pelo seu olhar diferenciado acerca da linguagem utilizada para o aprimoramento da coerência e coesão desta tese. Às minhas lindas irmãs, Denise e Milena, pela nossa amizade e cumplicidade.

Ao meu sogro e à minha sogra, pelas orações e a torcida de vocês.

À minha orientadora querida, professora Ivette, pelo acolhimento de uma aluna que se propôs a trabalhar com uma temática ousada; caminhar ao seu lado, de mãos dadas, sem dúvida foi uma dádiva! Muito obrigada por existir na minha vida, professora.

À Dra. Cristina Possas, por ser uma grande inspiração profissional. Motivou-me de pronto a fazer o mestrado e o doutorado, e de certa maneira ela percebia e compreendia a minha inquietude.

Ao Gerson Pereira, pela amizade, pela confiança e por ter orgulho de mim.

Ao Professor Murilo Bastos da Cunha, pelo aprendizado ao longo das aulas na FCI e aporte científico à tese.

À Marina Bessel e Flávia Alvarenga, pelas valiosas contribuições nas análises dos dados.

Aos colegas da FCI, em especial José Mauro Gouveia de Medeiros e Maria Albeti Vitoriano, pela amizade e companheirismo.

Aos amigos e funcionários da FCI, Vívian Miatelo e Reginaldo Olegário.

Sou grata a todos.

RESUMO

Discute a relevância do conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV/aids e as estratégias de Prevenção Combinada. Evidencia a perspectiva interdisciplinar entre a Ciência da Informação e as Ciências da Saúde. Objetiva investigar o conhecimento, atitude e prática no contexto da epidemia do HIV/aids entre a população geral no Distrito Federal, DF, Brasil. Trata-se de pesquisa de corte transversal, descritiva, aplicada, de abordagem quantitativa-qualitativa, cujo método utiliza o *survey*. Os resultados indicam maior proporção de conhecimento moderado e alto acerca das formas de transmissão do HIV/aids. Observa-se haver conhecimento baixo a respeito das intervenções biomédicas baseadas no uso de antirretrovirais, em especial, sobre as Profilaxias Pré e Pós-Exposição. Existem diferenças de conhecimento segundo os subdistritos de residência do DF. Avaliadas as características sociodemográficas e as categorias de conhecimento, tem-se que a faixa etária, o grau de escolaridade e o acesso à internet possuem associação estatisticamente significativa. Fatores emocionais, cognitivos e humanos influenciam na prática informacional de prevenção à infecção pelo HIV e na decisão do uso de informação de saúde preventiva. Conclui-se que o adequado nível de conhecimento é um dos componentes estruturantes para um controle efetivo da epidemia e impacta sobremaneira as taxas de detecção e de prevalência do HIV. Denota-se relevante ampliar a disponibilização de informações de saúde com valor agregado que atendam às necessidades informacionais do usuário e satisfaçam as suas expectativas, partindo-se da perspectiva centrada no usuário e nos seus aspectos socioculturais.

Palavras-chave: Ciência da Informação. Estudo de Usuários. Práticas informacionais. Conhecimento, Atitude e Prática em saúde. Vírus da Imunodeficiência Humana.

ABSTRACT

It discusses the relevance of the knowledge about the ways of HIV / AIDS transmission and the strategies of Combination Prevention. The interdisciplinary perspective between Information Science and Health Sciences is highlighted. It aims to investigate knowledge, attitude and practice in the context of the HIV / AIDS epidemic among the general population in the Federal District, DF, Brazil. It is a cross-sectional, descriptive, applied research, with a quantitative-qualitative approach, whose method uses the survey. The results indicate a higher proportion of moderate and high knowledge about the modes of HIV / AIDS transmission. It is observed that there is low knowledge about biomedical interventions based on the use of antiretrovirals, especially on the Pre- and Post-Exposure Prophylaxis. There are differences in knowledge according to the DF's residence subdistricts. After assessing the sociodemographic characteristics and the categories of knowledge, it is found that the age group, education level and internet access have a statistically significant association. Emotional, cognitive and human factors influence the informational practice of preventing HIV infection and the decision to use preventive health information. We conclude that the adequate level of knowledge is one of the structuring components for an effective control of the epidemic and greatly impacts the detection and prevalence rates of HIV. It is relevant to expand the availability of health information with added value that can meet the information needs of the users and satisfy their expectations, starting from the perspective centered on the user and its socio-cultural aspects.

Key-words: Information Science. User Study. Informational practices. Health Knowledge, Attitude and Practice. Human immunodeficiency virus.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mandala de Prevenção Combinada do HIV	23
Figura 2. Relações circunvizinhas da CI: Biblioteconomia, Ciência Cognitiva, Ciência da Computação e Comunicação	42
Figura 3. Diagrama esquemático do sistema geral de comunicação	55
Figura 4. Abordagens da Ciência da Informação e estudos de usuários	71
Figura 5. Complementaridade das abordagens	93
Figura 6. Distribuição espacial do percentual da população do DF com nível de conhecimento baixo sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias da Prevenção Combinada. Distrito Federal, setembro de 2018 a fevereiro de 2019. ...	194
Figura 7. Distribuição espacial do percentual da população do DF com nível de conhecimento moderado sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias da Prevenção Combinada. Distrito Federal, setembro de 2018 a fevereiro de 2019. ...	195
Figura 8. Distribuição espacial do percentual da população do DF com nível de conhecimento alto sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias da Prevenção Combinada. Distrito Federal, setembro de 2018 a fevereiro de 2019. ...	196

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Frequência do uso do preservativo, uso do preservativo na primeira relação sexual e uso do preservativo na última relação sexual. Distrito Federal, 2018-2019.	177
Gráfico 2. Motivo do não uso do preservativo na última relação sexual. Distrito Federal, 2018-2019.	178
Gráfico 3. Motivo do não uso do preservativo na última relação sexual, segundo sexo. Distrito Federal, 2018-2019.	178
Gráfico 4. Locais de busca por informações sobre prevenção do HIV. Distrito Federal, 2018-2019.	183
Gráfico 5. Opinião sobre as informações disponíveis sobre prevenção do HIV. Distrito Federal, 2018-2019.	184
Gráfico 6. Opinião sobre as informações disponíveis sobre os locais de acesso para realizar teste de HIV. Distrito Federal, 2018-2019.	184
Gráfico 7. Meios de escolha para receber informações de prevenção do HIV. Distrito Federal, 2018-2019.	185
Gráfico 8. Uso de preservativo, segundo ter ou não religião. Distrito Federal, 2018-2019.	186
Gráfico 9. Uso de preservativo, segundo ser católico ou não católico. Distrito Federal, 2018-2019.	186
Gráfico 10. Busca de informação de prevenção do HIV, segundo ter ou não religião. Distrito Federal, 2018-2019.	187
Gráfico 11. Realização de testagem para HIV, segundo ter ou não religião. Distrito Federal, 2018-2019.	187
Gráfico 12. Situação conjugal, quantidade de parcerias sexuais, segundo ter ou não religião e ser católico ou não católico. Distrito Federal, 2018-2019.	188
Gráfico 13. Motivo do não uso do preservativo na última relação sexual, segundo ter ou não religião. Distrito Federal, 2018-2019.	188
Gráfico 14. Motivo do não uso do preservativo na última relação sexual, segundo ser católico e não católico. Distrito Federal, 2018-2019.	189
Gráfico 15. Atitude frente ao resultado positivo de HIV, segundo ter ou não religião. Distrito Federal, 2018-2019.	189
Gráfico 16. Atitude frente ao resultado positivo de HIV, segundo ser católico ou não católico. Distrito Federal, 2018-2019.	190

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Quatro Aspectos da Informação	59
Quadro 2. Bloco A – Dados sociodemográficos	136
Quadro 3. Bloco B – Conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para a prevenção da transmissão do HIV	137
Quadro 4. Bloco C – Comportamento sexual	139
Quadro 5. Bloco D – Teste do HIV	141

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Risco e posições de pessoa.....	82
Tabela 2. Estimativa de risco para o HIV por via de exposição.....	84
Tabela 3. Regiões administrativas, segundo tamanho populacional e nº amostral.	103
Tabela 4. Relação entre os objetivos da pesquisa e o número da questão no instrumento de coleta de dados	143
Tabela 5. Características sociodemográficas da amostra. Distrito Federal, 2018-2019.	147
Tabela 6. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por sexo. Distrito Federal, 2018-2019.	150
Tabela 7. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por faixa etária. Distrito Federal, 2018-2019.	151
Tabela 8. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por estado conjugal. Distrito Federal, 2018-2019.	152
Tabela 9. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por grau de escolaridade. Distrito Federal, 2018-2019.	154
Tabela 10. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por raça/cor. Distrito Federal, 2018-2019.	155
Tabela 11. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por situação laboral. Distrito Federal, 2018-2019.	157
Tabela 12. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, com acesso à internet. Distrito Federal, 2018-2019.	158
Tabela 13. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por orientação sexual. Distrito Federal, 2018-2019.	159
Tabela 14. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por prática sexual. Distrito Federal, 2018-2019.	160
Tabela 15. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por uso de preservativo na última relação. Distrito Federal, 2018-2019.	162

Tabela 16. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por realização de testagem de fluido oral. Distrito Federal, 2018-2019.....	163
Tabela 17. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por uso de medicamentos antirretrovirais todo dia se isso prevenisse a infecção pelo HIV. Distrito Federal, 2018-2019.	164
Tabela 18. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por busca por informações de prevenção à infecção pelo HIV. Distrito Federal, 2018-2019.....	166
Tabela 19. Características sociodemográficas dos indivíduos de acordo com comportamento sexual. Distrito Federal, 2018-2019.....	167
Tabela 20. Características sociodemográficas dos indivíduos que já fizeram teste de HIV alguma vez na vida. Distrito Federal, 2018-2019.	170
Tabela 21. Características sociodemográficas dos indivíduos de acordo com uso de preservativo. Distrito Federal, 2018-2019.	173
Tabela 22. Características sociodemográficas dos indivíduos de acordo com a frequência do uso de preservativo. Distrito Federal, 2018-2019.	176
Tabela 23. Características sociodemográficas dos indivíduos de acordo com a percepção do risco de se infectar. Distrito Federal, 2018-2019.	179
Tabela 24. Níveis de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias da Prevenção Combinada, segundo características sociodemográficas. Distrito Federal, setembro de 2018 a fevereiro de 2019.	192
Tabela 25. Níveis de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias da Prevenção Combinada, segundo comportamento sexual. Distrito Federal, setembro de 2018 a fevereiro de 2019.....	193

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI – *American Documentation Institute* (Instituto Americano de Documentação)

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV – Antirretrovirais

ASIS – *American Society for Information Science* (Sociedade Americana de Ciência da Informação)

ASIST – *American Society for Information Science and Technology* (Sociedade Americana de Ciência e Tecnologia da Informação)

ASK – *Anomalous States of Knowledge* (Estados Anômalos de Conhecimento)

AZT – Zidovudina

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention* (Centros de Controle e Prevenção de Doenças)

CI – Ciência da Informação

Codeplan – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social

DF – Distrito Federal

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ELIS – *Everyday Life Information Seeking* (Busca de informação na vida cotidiana)

FHICI – Fatores Humanos na Interação e Comunicação da Informação

FID – Federação Internacional de Documentação

HBV – Vírus da Hepatite B

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Papilomavírus Humano

HSH – Homens que fazem Sexo com Homens

IIB – Instituto Internacional de Bibliografia

IID – Instituto Internacional de Documentação

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PCAP – Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira

PEP – Profilaxia Pós-Exposição

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

PVHIV – Pessoas Vivendo com HIV

RA – Regiões Administrativas

Siclom – Controle Logístico de Medicamentos

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TTP – Tratamento para Todas as Pessoas

Unaids – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Justificativa e definição do problema	21
1.2	Objetivos da pesquisa.....	34
1.2.1	Objetivo geral.....	34
1.2.2	Objetivos específicos (OE)	34
1.3	Estrutura da pesquisa	35
2	REVISÃO DE LITERATURA	37
2.1	Ciência da Informação	37
2.2	Informação	50
2.3	Informação em Saúde.....	60
2.4	Prática Informacional	65
2.5	Gestão de risco	80
3	REFERENCIAL TEÓRICO	87
3.1	Informação em Saúde.....	87
3.2	Prática Informacional	88
3.3	Gestão de risco	90
4	MATERIAL E MÉTODO	93
4.1	Universo da pesquisa	103
4.1.1	Critérios de inclusão	104
4.1.2	Critérios de exclusão	104
4.2	Pré-testes.....	104
4.2.1	Pré-teste 1	105
4.2.2	Pré-teste 2	108
4.2.3	Pré-teste 3	115
4.3	Instrumento de coleta de dados final	126
4.4	Descrição da amostra e resultados consolidados dos pré-testes 2 e 3 ..	131
4.5	Variáveis estudadas.....	136
4.6	Relação entre os objetivos e o número da questão no instrumento de coleta de dados	143
4.7	Aspectos éticos.....	144

5	RESULTADOS	145
5.1	Trabalho de campo	145
5.2	Análise dos dados.....	146
5.2.1	(OE1) Perfil socioeconômico e demográfico dos participantes da pesquisa.....	146
5.2.2	(OE2) Conhecimento a respeito das formas de transmissão do HIV e das estratégias da Prevenção Combinada do HIV.....	148
5.2.3	(OE3) Comportamento sexual	166
5.2.4	(OE4) Uso do preservativo masculino nas relações sexuais e os fatores associados ao seu não uso.....	173
5.2.5	(OE5) Percepção de risco de infecção pelo HIV.....	178
5.2.6	(OE6) Fatores emocionais, cognitivos e humanos que impactam na prática informacional de prevenção à infecção pelo HIV.....	183
5.2.7	(OE7) Georreferenciamento do nível de conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV	191
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	197
7	CONSIDERAÇÕES SOBRE OS OBJETIVOS DA PESQUISA	227
8	CONCLUSÃO	233
	Referências	239
	Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Primeiro Pré-Teste – Grupo Focal.....	287
	Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Segundo Pré-Teste.....	288
	Apêndice C – Instrumento de Coleta de Dados – Segundo Pré-Teste	289
	Apêndice D – Instrumento de Coleta de Dados – Terceiro Pré-Teste.....	301
	Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Terceiro Pré-Teste.....	316
	Apêndice F – Instrumento de Coleta de Dados Final.....	318
	Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Instrumento de Coleta de Dados Final	335

1 INTRODUÇÃO

A identificação da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), em 1981, tornou-se um marco na história da humanidade. A epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tem-se apresentado como um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento preventivo, do autocuidado individual e coletivo (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001).

Em 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou no mundo, a cada ano, um total de 1,7 milhão de novas infecções pelo HIV, somando-se a um total de 37,9 milhões de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) (UNAIDS, 2019). No Brasil, o número de casos de aids notificados, de 1980 a junho de 2019, foi de 966.058, e, a cada ano, ocorrem uma média de 39 mil novos casos de aids identificados (BRASIL, 2019a; 2018; 2017a).

Revela-se que a proporção de diagnósticos tardios do HIV na população brasileira, após queda de 18,7% entre 2010 e 2014, estabilizou-se em 25%, a partir de 2015; e até 31/12/2018, a proporção foi de 27%. É preocupante detectar que um quarto de todos os diagnósticos realizados no país, ainda, sejam tardios (BRASIL, 2018d; BRASIL, 2017b). Além disso, 7,7% dos diagnósticos, em 2016, ocorreram por ocasião do óbito. Esses dados refletem, entre outros fatores, a baixa cobertura de testagem para o HIV (36,1%) (BRASIL, 2016a).

Dentre as PVHIV que se encontram em tratamento, as taxas de adesão à terapia antirretroviral (TARV) inspiram consideração, posto que, em 2018, 17% apresentavam adesão insuficiente e 8% abandonaram a TARV (BRASIL, 2019b).

Conforme o Boletim Epidemiológico HIV/aids (BRASIL, 2019a), de 1980 até junho de 2019, foram registrados 633.462 (65,6%) casos de aids em homens e 332.505 (34,4%) em mulheres. Em 2018, a razão de sexos, expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, passou a ser de 26 casos de aids em homens para cada dez casos em mulheres (BRASIL, 2019a).

Do total de casos registrados de 2007 a junho de 2019, tem-se que a maior concentração dos casos de infecção pelo HIV no Brasil encontra-se nos indivíduos com idade entre 25 e 34 anos, em ambos os sexos, com percentual de 52,7% dos

casos (BRASIL, 2019a). Dados oferecidos pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids – Unaid, em 2016, apontam que a cada 3 (três) pessoas infectadas no mundo, uma tinha entre 15 e 24 anos. Isso posto, é digna de nota a evidência epidemiológica de aumento da aids na população jovem mundial (UNAIDS, 2016).

Quanto à categoria de exposição entre os indivíduos menores de 13 anos, a quase totalidade dos casos em 2018 (86,2%) teve como via de infecção a transmissão vertical, entendendo-se por transmissão vertical a transmissão do vírus HIV da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou o aleitamento materno (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2018a; BRASIL, 2017a).

Em 2018, a principal via de transmissão em indivíduos com 13 anos ou mais de idade, foi a sexual, tanto em homens (78,9%) quanto em mulheres (86,9%); de acordo com os dados do recente Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2019a), portanto, pode-se atestar que práticas sexuais desprotegidas são determinantes na infecção pelo HIV, aumentando a vulnerabilidade para a transmissão do vírus (MARKS; BURRIS; PETERMAN, 1999; VERGARA; BARROSO, 2007).

Entre os homens, no período de 2007 a junho de 2019, observa-se o predomínio da categoria de exposição homossexual/bissexual (51,3%), superando a proporção de casos notificados como exposição heterossexual (BRASIL, 2019a, BRASIL, 2018a). Ademais, dados do Sinan revelam que o maior crescimento do HIV/aids concentra-se entre jovens homossexuais masculinos (BRASIL, 2019a).

Segundo os critérios da OMS a epidemia no país configura-se como concentrada¹ em segmentos populacionais em situação de maior risco e vulnerabilidade. Mundialmente, as populações-chave estão sujeitas a uma significativa carga de infecção, pois apresentam taxas de prevalência desproporcionalmente mais elevadas de infecção pelo HIV quando comparadas à população geral (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016a). São consideradas populações-chave, no endereçamento das ações de resposta ao HIV: Gays e outros Homens que fazem sexo com homens (HSH); Pessoas que usam álcool e outras drogas;

¹Segundo a OMS, uma epidemia tem caráter concentrado quando os casos de infecção contabilizam menos de 1% na população de modo geral, ao passo que atingem ao mesmo tempo 5% em grupos populacionais específicos (UNAIDS/WHO, 2002).

Trabalhadoras do sexo; Pessoas trans²; e Pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2017c).

A taxa de prevalência de HIV na população geral é estimada em 0,40% (BRASIL, 2017a; BENZAKEN *et al.*, 2018), ao passo que nas populações-chave, a taxa de prevalência, com base em recentes evidências científicas, é de 18,4% entre *gays* e outros HSH com 25 anos ou mais de idade; de 9,4% entre os *gays* e outros HSH de 18 a 24 anos; e de 5,3% entre mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2017a; SZWARCOWALD *et al.*, 2018; KERR *et al.*, 2018),

De acordo com o Unids (2018; 2014), mulheres profissionais do sexo têm 13 vezes mais chances de adquirir o HIV; *gays* e outros HSH, 28 vezes mais chances; e a população de travestis tem até 49 vezes mais chances de adquirir o HIV do que a população adulta geral. No caso de epidemias de caráter concentrado, as populações-chave têm papel fundamental na dinâmica da epidemia, cuja disseminação é influenciada pela natureza e intensidade das interações entre esses grupos e a população geral (BARBOSA JR.; PASCOM; SZWARCOWALD, 2011).

O atual contexto epidemiológico aponta um recrudescimento da epidemia, apesar dos esforços realizados e dos avanços alcançados pelo governo federal no sentido de aprimorar políticas públicas de prevenção, de controle e de tratamento do HIV; o HIV/aids continua sendo um grave problema de saúde coletiva com impacto socioeconômico, psicológico e social (JULIEN; FOURIE, 2015; SULLIVAN *et al.*, 2009; HOLMES *et al.*, 1999).

No Brasil, como em outras partes do mundo, tem-se mostrado difícil a implementação de estratégias eficazes de prevenção de forma ampla e consistente para se obter o desejado resultado em saúde pública. Torna-se evidente, que além das dimensões biológicas e individuais do HIV, é a interação de fatores informacionais, emocionais, sociais e culturais que amplia a suscetibilidade à infecção pelo vírus (FERRAZ; KRAICZYK, 2010). Apesar disso, é fundamental considerar uma abordagem de prevenção e de autocuidado que valorize a dimensão social do conhecimento em saúde, as práticas informacionais no contexto do HIV/aids e os aspectos socioculturais do comportamento sexual (SHERA, 1977).

² Pessoas trans são aquelas que “[...] expressam um gênero diferente do sexo definido no nascimento. Nessa definição são incluídos: homens e mulheres transexuais, transgêneros, travestis e outras pessoas com gêneros não binários” (BRASIL, 2017d, p. 17).

A aids tem se sobreposto à concepção de doença e tem sido considerada um fenômeno social complexo e multifacetado, envolvendo questões que perpassam dados epidemiológicos (RIBEIRO *et al.*, 2006), o que, por sua vez, impacta na adoção de estratégias de prevenção (BRASIL, 2011), de avaliação e percepção de risco individual à exposição dos indivíduos ao HIV (PRAÇA; LATORRE; HEARST, 2003).

De acordo com o Un aids (2017b, p. 16),

[...] a aids não existe isoladamente. A natureza do HIV, tanto na forma de transmissão quanto no modo como ataca o sistema imunológico, torna a resposta ao HIV um esforço holístico para reduzir o risco de múltiplos problemas de saúde e sociais (UNAIDS, 2017b, p. 16, tradução nossa)³.

Ante ao exposto, evidencia-se a interdisciplinaridade entre a Ciência da Informação (CI) e as Ciências da Saúde ao associar as reflexões acerca da triangulação: informação, conhecimento e saúde (GOMES; VARELA, 2016; RIBEIRO, 2009; NEVES; BRAZ, 2018). Essa aproximação permite promover a construção científica de novos pressupostos teóricos e empíricos, proporcionando a religação dos saberes (ARAÚJO, 2017; MORIN, 1987) e ampliando as concepções paradigmáticas e epistemológicas entre a CI e as Ciências da Saúde (SILVA, 2013; PEREIRA, 2018).

Ao estabelecer o conjunto de vozes convergentes entre a CI e as Ciências da Saúde, promove-se a busca de caminhos inovadores, plurais e complementares, a fim de solucionar desafios ligados à informação e ao conhecimento em saúde (ARAÚJO, 2017; BORKO, 1968), posto que, o uso da informação em saúde vem subsidiar a estruturação do conhecimento e o incremento do saber (BARRETO, 2002a). Conforme assevera Bateson (1972, p. 459), a informação é “[...] uma diferença que faz a diferença”, é tudo o que for capaz de transformar estruturas e vir a ser conhecimento para ação (BELKIN; ROBERTSON, 1976; LE COADIC, 2004; CAPURRO, 2003; FREIRE, 1995).

Corroborando, ainda, tal premissa Buckland (1991), que aborda o conceito informação-como-conhecimento, em que esta é compreendida e assimilada pelo usuário, evidenciando que “[...] transmitir o conhecimento para aqueles que dele

³ A AIDS does not exist in isolation. The nature of HIV – both the way it is transmitted and how it attacks the immune system – makes the response to HIV a holistic effort to reduce risk from multiple health and social issues (UNAIDS, 2017, p. 16).

necessitam é uma responsabilidade social e essa responsabilidade social parece ser o verdadeiro fundamento da CI" (WERSIG; NEVELLING, 1975, p. 134).

No contexto da epidemia do HIV/aids, o conhecimento acerca das estratégias de prevenção do HIV constitui-se como um dos elementos cruciais no enfrentamento do HIV/aids (BRASIL, 2017c; GRANGEIRO *et al.*, 2015; BELKIN; ROBERTSON, 1976; LE COADIC, 2004; CAPURRO, 2003; KUHLEN, 1990), sendo inclusive um dos indicadores centrais utilizados para o monitoramento da epidemia global propostos pela Assembleia Geral das Nações Unidas – UNGASS (BARBOSA JR. *et al.*, 2006).

O conhecimento em saúde é compreendido como uma das estratégia que influencia sobremaneira as decisões preventivas dos indivíduos, as atividades de autocuidado, a compreensão do risco de exposição ao HIV/aids (FERREIRA, 2003), a promoção da saúde e, como consequência, comportamentos de adesão às recomendações médicas e a promoção da literacia em saúde (TEIXEIRA, 2004; ALENTEJO, 2016), com vistas a produzir benefícios e bem-estar para o indivíduo e para a sociedade em que este vive (BARRETO, 2002a).

1.1 Justificativa e definição do problema

As estratégias de prevenção da infecção pelo HIV têm papel fundamental no controle dos níveis epidêmicos do HIV/aids (GRANGEIRO *et al.*, 2015; BRASIL, 2017c) e no impacto sobre a redução das taxas de prevalência e incidência (GRANGEIRO *et al.*, 2015).

A política brasileira de enfrentamento a esses agravos “[...] reconhece que nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções e que diferentes fatores de risco de exposição, transmissão e infecção operam de forma dinâmica” (BRASIL, 2017d, p. 11). Portanto, o país adota a oferta conjugada e complementar de novas tecnologias de prevenção, denominada Prevenção Combinada do HIV, que “pressupõe a combinação das três abordagens possíveis na formulação de estratégias de prevenção ao HIV: a abordagem biomédica, a abordagem comportamental e a abordagem estrutural” (BRASIL, 2017c, p. 17).

Ressalta-se que essa oferta de métodos preventivos considera as singularidades do indivíduo, suas necessidades, suas especificidades, autonomia e

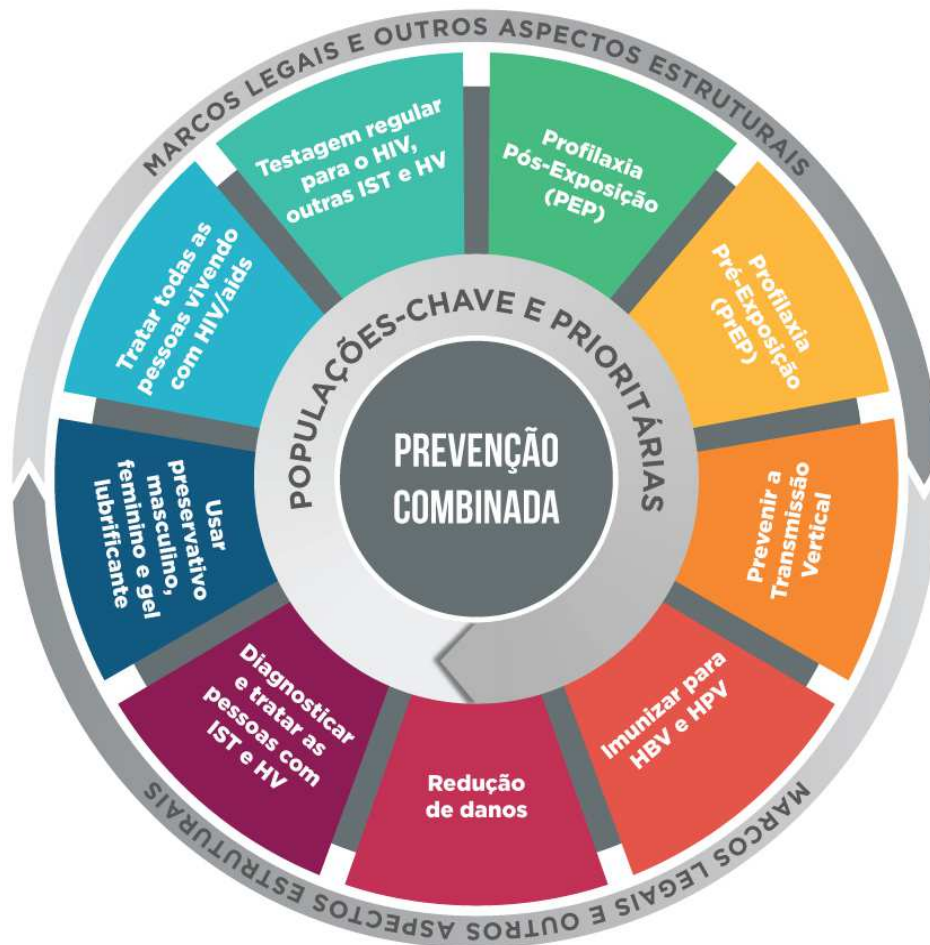
direito à escolha, posto que cada indivíduo possui riscos e percepções distintas em relação ao HIV/aids. Nesse sentido, Ferraz e Paiva (2015, p. 97) descrevem que “[...] cada pessoa ressignifica a cada encontro os discursos sobre prevenção a que tem acesso, de acordo com sua experiência, seu contexto particular de vida e seus projetos de felicidade”.

A ampliação do elenco de estratégias preventivas propicia a individualização da adoção de medidas de prevenção da transmissão do HIV, uma vez que oferece ao indivíduo opções de métodos preventivos que melhor se adequem aos seus comportamentos sexuais⁴ ao longo da vida; e, por conseguinte, corrobora uma maior adesão ao sexo mais seguro. Destarte, tem-se que “o melhor método de prevenção é aquele que o indivíduo escolhe e que atende suas necessidades sexuais e de proteção” (BRASIL, 2017e, p. 17).

Para tanto, no Ministério da Saúde (MS) desenvolveu a Mandala de Prevenção Combinada do HIV, cujo principal objetivo é ilustrar e disseminar o conjunto de estratégias de intervenção, a fim de evitar infecções pelo HIV, como pode ser observado na Figura 1.

⁴O comportamento sexual, refere-se ao conjunto de atitudes, práticas e posicionamentos do ser humano em relação ao sexo/sexualidade (PAIVA *et al.*, 2008).

Figura 1. Mandala de Prevenção Combinada do HIV



Fonte: Brasil, 2017c.

As abordagens biomédicas visam à redução do risco de exposição dos indivíduos, a partir de ações que impeçam a transmissão do HIV mediante as interações entre uma ou mais pessoas que tenham o vírus e demais pessoas que não o tenham, tais como relações sexuais desprotegidas e contato com material biológico contaminado pelo HIV. Trata-se, pois, de intervenções biomédicas clássicas, que abarcam métodos de barreira física, como o uso de preservativos masculinos e femininos.

O uso regular do preservativo masculino e feminino tem alta eficácia para evitar a transmissão do HIV, com favorável relação custo-benefício (HALLAL *et al.*, 2015), assim como as intervenções biomédicas baseadas no uso de antirretrovirais (ARV) como medidas de prevenção, a saber: a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e o Tratamento para Todas as Pessoas (TTP) (BRASIL, 2017c).

Em se tratando da PEP, essa profilaxia é realizada após a exposição com risco significativo de transmissão do HIV (BRASIL, 2017c). O MS considera a PEP “[...] uma medida de prevenção com a utilização de antirretrovirais como profilaxia, o que evita a multiplicação do vírus HIV no organismo de uma pessoa” (BRASIL, 2017c, p. 54). A PEP é recomendada para os indivíduos que possam ter tido contato com o vírus em algumas situações de risco, tendo como exemplos violência sexual, relação sexual desprotegida e acidente ocupacional (BRASIL, 2017c).

As situações de exposição ao vírus caracterizam-se como urgência médica, em razão da necessidade do início precoce da profilaxia para a maior eficácia da intervenção (TSAI *et al.*, 1995; OTTEN *et al.*, 2000; TSAI *et al.*, 1998; BRASIL, 2017e).

Nessa perspectiva, a PEP deve ser iniciada, preferencialmente, em até duas 2 horas após a exposição, e no máximo em até 72 horas da exposição ao risco, devendo o uso do ARV ser feito de maneira ininterrupta por 28 dias seguidos, sob pena de insucesso dessa medida profilática (BRASIL, 2017c). Por sua vez, a PrEP consiste no uso regular de ARV por pessoas não infectadas pelo HIV, com a finalidade de reduzir o risco de adquirir a infecção (BRASIL, 2017d).

Evidências científicas globais (FONNER *et al.*, 2016; BRASIL, 2017c) apontam que o uso da PrEP reduz em mais de 90% o risco de infecção. Chama a atenção sua eficácia e segurança, quando há alto grau de adesão a essa profilaxia (BRASIL, 2017d). No Brasil, recomenda-se o uso da PrEP pelos seguintes segmentos populacionais, a saber: (i) pessoas trans; (ii) profissionais do sexo; (iii) gays e outros HSH; e (iv) pessoas com parcerias sorodiscordantes para o HIV⁵, pois esses indivíduos estão sob maior risco de adquirir o vírus.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a PrEP (BRASIL, 2017d), também, há indicação da PrEP para os indivíduos com exposição frequente ao HIV, devido ao comportamento sexual, as parcerias sexuais e ao contexto de risco à infecção, tais como:

[...] repetição de práticas sexuais anais e/ou vaginais com penetração sem o uso do preservativo; frequência das relações sexuais com parcerias eventuais; quantidade e diversidade de parcerias sexuais; histórico de episódios de Infecções Sexualmente

⁵ Parcerias sorodiscordantes para o HIV referem-se “[...] a parceria heterossexual ou homossexual na qual uma das pessoas é infectada pelo HIV e outra não” (BRASIL, 2017d, p. 17).

Transmissíveis (IST); busca repetida por Profilaxia Pós-Exposição (PEP); contextos de troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia, etc. (BRASIL, 2017d, p. 14).

Note-se que, quando as PVHIV apresentam menor quantidade do vírus circulante em seu organismo, obtém-se resultado na redução da capacidade de transmissão do HIV e, conseqüentemente, na diminuição da carga viral comunitária (BRASIL, 2017c). Evidências científicas revelam que o índice de transmissibilidade de pessoas em TARV diminui em até 96% (BRASIL, 2017c); ressalta-se, então, como estratégia preventiva e melhoria da qualidade de vida das PVHIV, a adesão ao tratamento. Nesse prisma, o país universalizou o acesso à testagem para o HIV e ao tratamento imediato dos indivíduos infectados, independentemente de sua carga viral e da manifestação dos sintomas da aids (BRASIL, 2017c).

Como estratégia preventiva complementar às outras intervenções, tem-se a circuncisão masculina, a imunização ao Vírus da Hepatite B (HBV) e ao Papilomavírus Humano (HPV) e o tratamento e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), pois os indivíduos acometidos por essas infecções têm maior probabilidade de adquirir o HIV.

A despeito da prevenção da transmissão vertical, as medidas preconizadas pelo MS abarcam: “[...] diagnóstico precoce, utilização de TARV na gestão, manejo obstétrico por meio de cuidados específicos durante o parto vaginal e o parto cesário, utilização da zidovudina (AZT) injetável no parto, manejo clínico do recém-nascido exposto e aleitamento artificial” (BRASIL, 2017c, p. 58).

No que tange à abordagem comportamental, esta é composta de um conjunto de informações que corroboram o processo de mudança de comportamentos e práticas sexuais de risco de exposição ao HIV para práticas seguras, constituindo-se de

[...] estratégias cujo objetivo é dotar indivíduos e segmentos sociais de informações e conhecimentos sobre o HIV/aids, de maneira a capacitá-los a aceitar e integrar as várias estratégias de prevenção do HIV disponíveis no SUS, aumentando sua capacidade de gerir os diferentes graus de riscos a que estão expostos (BRASIL, 2017c, p. 61).

Dentre as intervenções comportamentais, a primeira estratégia refere-se à realização da testagem e seus significados, no contexto da ampliação do diagnóstico do HIV, associada ao encaminhamento para tratamento, à vinculação ao serviço de

saúde e ao acompanhamento das pessoas soropositivas. A testagem rotineira e regular é uma medida importante para que ocorra a redução do início do tratamento tardio e, por conseguinte, para prevenir o adoecimento e a mortalidade pela aids (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017c).

Ademais, a oferta de aconselhamento é fundamental em diferentes etapas: quando da testagem, do diagnóstico, do tratamento, da adesão, das orientações de saúde sexual e reprodutiva e das estratégias de redução de danos (BRASIL, 2017c), tendo em vista seu caráter informativo e educativo, no qual se deve considerar que “[...] os aspectos da dinâmica da vida das pessoas são importantes para que as orientações de prevenção sejam pertinentes e efetivas” (BRASIL, 2017c, p. 66), levando-se em conta repertórios sociais e contextos de vida, bem como a compreensão da sexualidade, orientação sexual e identidade de gênero.

De acordo com o MS, o aconselhamento em HIV é composto de três dimensões, a saber: (i) a dimensão educativa, que aborda informações sobre o agravo em questão, formas de transmissão, tratamento e insumos de prevenção; (ii) a dimensão de avaliação do risco, que trata das exposições a situações de risco para a infecção, relacionadas aos comportamentos sexuais desprotegidos e ao uso de drogas, com a finalidade da reflexão e percepção do risco individual e da adoção de práticas sexuais seguras; e (iii) a dimensão de apoio emocional, que se refere ao suporte emocional ao indivíduo, visando proporcionar conforto (BRASIL, 2017c).

Em se tratando da adesão ao uso do preservativo, constata-se um baixo percentual de uso apesar das inegáveis vantagens dessa estratégia. A despeito disso, reforçar a adesão ao preservativo compõe a dimensão comportamental da Prevenção Combinada (BRASIL, 2017c).

O cuidado contínuo oferecido às PVHIV engloba os processos de vinculação dessas a um serviço de saúde, retenção no acompanhamento clínico contínuo e adesão à TARV, objetivando alcançar a supressão da carga viral e a melhoria da qualidade de vida e, caso necessário, a revinculação dos indivíduos que interromperam o tratamento.

Outro componente da intervenção comportamental propõe a redução de danos para pessoas que usam álcool e outras drogas, silicone industrial e hormônios, compreendida como “estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos sociais e

à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2017c, p. 75), cuja finalidade é estimular a adoção de comportamentos de menor risco, quando do uso de substâncias psicoativas, na busca de evitar a transmissão do HIV.

O terceiro componente da Prevenção Combinada refere-se às intervenções estruturais, conceituadas como:

[...] fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou segmentos populacionais específicos em relação ao HIV, em razão de preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à cidadania e à dignidade humana (BRASIL, 2017c, p. 78).

De acordo com Parker e Camargo Jr. (2000) e Ferreira (2003), as desigualdades sociais, econômicas e demográficas conformam distintas probabilidades de infectar-se pelo HIV e são estruturantes da vulnerabilidade relacionada ao vírus. Portanto, em acréscimo, tem-se que as barreiras estruturais, as dificuldades de acesso aos serviços e a violência institucional são fatores que propulsionam vulnerabilidades do âmbito deste agravo (GRANGEIRO *et al.*, 2015; GRANGEIRO; KUCHENBECKER; VERAS, 2015).

Na concepção de Ayres, França Júnior e Calazans (1997), a vulnerabilidade pode ser compreendida por meio da avaliação das condições de bem-estar social que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão em relação a essas esferas.

Verifica-se, então, que a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids é mediada por intersecções complexas, que se sobrepõem e se cruzam (CRENSHAW, 2002) ao considerar os aspectos sociopolíticos, culturais e informacionais que ocorrem em contextos intersubjetivos, e que, por sua vez, constituem-se decisivos à prevenção, posto que os significados atribuídos pelos sujeitos durante as ações de buscar, usar e disseminar informações, bem como suas apropriações subjetivas, correlacionam-se com a construção e significação social e suas múltiplas determinações (MARTELETO, 1995; SILVA, 2008), na qual a informação e o conhecimento existem, a partir de um contexto de significações que conjuga aspectos cognitivos, emocionais, situacionais, sociais, públicos, econômicos e culturais, entre outros, que refletem o uso da informação (CHOO, 2003; ARAÚJO, 2008; FROHMANN, 2006) à luz da realidade humana e de suas estruturas essenciais de consciência (SARTRE, 2017).

Com a finalidade de minimizar obstáculos estruturais, institucionais e cotidianos da prevenção, desenvolveram-se estratégias para a realização de ações centradas em intervenções, como especificamente: (i) diminuição das desigualdades socioeconômicas, devido ao fato de que, no Brasil, a epidemia da aids se fixou majoritariamente nos grupos desfavorecidos da população, entre os moradores de comunidades de menor renda (TAQUETTE, 2009); logo, para o enfrentamento da epidemia e a redução da vulnerabilidade social, deve-se articular políticas de enfrentamento das desigualdades socioeconômicas, iniquidades sociais e de gênero (BRASIL, 2017c); (ii) estabelecimento de normas e marcos legais que visam promover, defender e proteger os direitos das pessoas afetadas pelo HIV/aids; (iii) fomento ao protagonismo e ao empoderamento, estimulando “a participação ativa dos segmentos mais afetados pela epidemia na discussão e planejamento de estratégias na resposta ao HIV” (BRASIL, 2017c, p. 84); (iv) divulgação da informação à população geral, objetivando aumentar o acesso à informação preventiva, a implementação de ações educativas e antidiscriminatórias e a promoção da saúde; e (v) fortalecimento da estrutura institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na atenção integral, na equidade e no reconhecimento das necessidades específicas dos indivíduos em contextos de vulnerabilidade ao HIV.

Apesar dos progressos significativos supracitados do governo federal em empreender políticas públicas para acelerar o controle da epidemia do HIV/aids e disponibilizar o elenco de dispositivos preventivos ancorados na Prevenção Combinada, no âmbito do SUS, o país ainda precisa ampliar o empenho em alavancar a implementação dos métodos preventivos que compõem a Prevenção Combinada, na busca de garantir o alcance das metas pactuadas pelo Brasil, país signatário da Declaração de Paris (BRASIL, 2017c), segundo as quais:

[...] até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus. Até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente. Até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral (UNAIDS, 2015, p. 1).

Tais metas representam um desafio para a saúde pública, tendo em vista que ainda há desafios a serem vencidos na testagem, no diagnóstico, na vinculação das PVHIV aos serviços de saúde, na adesão à TARV e na supressão da carga viral, considerando que, ao final de 2018, havia aproximadamente 900 mil PVHIV no país, do total destas, 766 mil (85%) estavam diagnosticadas; 731 mil (81%) haviam sido

vinculadas ao serviço de saúde; 643 mil (71%) estavam retidas nos serviços; 594 mil (66%) se encontravam em TARV; e 554 mil (62%) tinham carga viral suprimida (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2018d; BRASIL, 2017f).

Em se tratando de testagem para o HIV, somente 36,1% da população brasileira já se testaram alguma vez na vida (BRASIL, 2016a).

Outro desafio importante refere-se ao reconhecimento da necessidade de ampliação do acesso à saúde, da disseminação de informações e da promoção do conhecimento que privilegiem as distintas estratégias preventivas que compõem a Prevenção Combinada do HIV em linguagem moderna, clara, direta e customizada aos diversos públicos-alvo, posto que, na concepção de Dewey (1979), a linguagem é um fator de adaptação social que possibilita a compressão de significados e sentidos do mundo, tendo em vista que evidências científicas advindas de pesquisas entre segmentos da população-chave, quais sejam, profissionais do sexo, gays e outros HSH e, entre o estrato da população prioritária, os jovens, apontam alto grau de desconhecimento das intervenções biomédicas baseadas no uso de ARV.

Verifica-se que, dentre os jovens de 17 a 20 anos, 86,5% afirmaram não ter conhecimento da PrEP, ao passo que apenas 46,5% referiram ter conhecimento sobre a PEP. Em relação aos gays e outros HSH, 78,2% afirmam não ter conhecimento da PrEP; em relação à PEP, 51,9% afirmam ter conhecimento dessa estratégia. No que tange às profissionais do sexo, 89% desconhecem a PrEP e 66,3% a PEP (SPERHACKE, 2016; KERR, 2017; SZWARCOWALD, 2016).

O conhecimento baixo dessas estratégias biomédicas de prevenção baseadas no uso de ARV torna os indivíduos substancialmente mais suscetíveis à infecção pelo HIV.

Em contraponto ao conhecimento baixo das estratégias biomédicas de prevenção baseadas no uso de ARV, em relação à estratégia biomédica clássica estruturada no uso de preservativos masculino e feminino, dados da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP), realizada pelo MS, em 2013 (BRASIL, 2016a) apontam elevado conhecimento dessa medida preventiva, sendo que 94% da população brasileira sexualmente ativa concorda que usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o vírus da aids seja transmitido durante a relação sexual (BRASIL, 2016a).

Todavia, somente 23,5% da população brasileira sexualmente ativa usaram o preservativo em todas as relações sexuais e 39,1% o utilizaram na última relação sexual. Em se tratando do uso do preservativo feminino, apenas 13,2% da população brasileira afirmaram ter feito uso desse insumo, sendo 8,2% homens e 5% mulheres, não obstante o conhecimento alto sobre o preservativo feminino, em que cerca de 80% da população declaram conhecê-lo (BRASIL, 2016a). Constata-se, portanto, que o não uso do preservativo é um dos fatores comportamentais de alto risco preditores da infecção pelo HIV (CDC, 2012).

Contudo, apesar do conhecimento de que o uso do preservativo é uma estratégia de prevenção eficaz no combate à infecção pelo HIV, este não se reflete na adoção de práticas de prevenção efetivas, pois se tem notificado aumento constante no número de casos de aids, conforme evidenciado pelos dados epidemiológicos (VALIM *et al.*, 2015).

Diante desses aspectos, observa-se haver um hiato entre ter o conhecimento e o uso efetivo deste (CHOO, 2013) na adoção de comportamentos sexuais mais seguros, como também a existência de uma lacuna entre a estrutura do modelo mental do usuário perante a informação e uma ausência da reflexão da consciência no processo de uso da informação, provocando uma descontinuidade no conhecimento (GASQUE, 2010; DERVIN, 1983) na vida cotidiana, diante do contexto do HIV/aids. Choo (2003) endossa que a aprendizagem se dá a partir da experiência e reconstrução da ação, uma vez que, ao fazer-se uso da informação, altera-se, modifica-se e transforma-se a construção do conhecimento (FADEL *et al.*, 2010) e por conseguinte das práticas sociais (SAVOLAINEN, 2007).

Perante o exposto, evidenciam-se complexidades, multidimensionalidades e paradoxos (BORKO, 1968) ligados aos fenômenos informacionais de prevenção no campo do HIV/aids (ARAÚJO, 2015) e permeados “[...] por matrizes de significações diferentes e conflitivas e ainda múltiplas, concorrentes ou superpostas” (MARTELETO, 1995, p. 7), posto que os sujeitos informacionais ora apresentam vazio cognitivo (DERVIN, 1983; RENDÓN-ROJAS, 2005; PIAGET, 2014), ou *Anomalous States of Knowledge* (Estados Anômalos de Conhecimento) – ASK (BELKIN, 1980; BELKIN; ODDY; BROOKES, 1982), gerados pela ausência/insuficiência/incerteza informacional e pelas “[...] influências dos elementos estruturantes da realidade social” (ARAÚJO, 2015, p. 13), ora exibem lapso de significados atribuídos pelos sujeitos

durante a ação de usar informações (MARTELETO, 1995), ora buscam a possibilidade prática de aplicar o conhecimento a uma demanda concreta (CAPURRO, 2007) no contexto social intensamente significativo (CLEMENS; CUSHING, 2010), como o da adoção de práticas sexuais protetoras.

Por conseguinte, diante do imperativo dos novos paradigmas de prevenção ao HIV/aids, faz-se notadamente relevante a realização da presente pesquisa, no sentido de aprofundar a investigação acerca do conhecimento a respeito das formas de transmissão do HIV e das estratégias da Prevenção Combinada do HIV; da atitude e da prática, no contexto desta epidemia. Mensurar o que a população do Distrito Federal sabe, pensa e atua frente ao HIV/aids, poderá subsidiar o aprimoramento da construção de políticas públicas de prevenção e controle do HIV/aids.

Nesse sentido, Ferreira (2003, p. S215) designa que:

na ótica das políticas públicas para o combate ao HIV/AIDS é imprescindível conhecer o nível de informação e percepção que a população possui sobre o assunto, dispor de informações sobre seu comportamento sexual, além de conhecer suas condições de vida (FERREIRA, 2003, p. S215).

Ao considerar o conhecimento social de saúde um dos requisitos indispensáveis para nortear o processo de tomada de decisão governamental em saúde pública, no biênio de 2016-2017 o MS apoiou estudos de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C especificamente entre os segmentos das populações-chave⁶, a saber: profissionais do sexo, gays e outros HSH e pessoas trans; e, em se tratando das populações prioritárias⁷, o segmento da população jovem com idade entre 15 e 29 anos.

No entanto, apesar destas contribuições de vigilância epidemiológica e comportamentais advindas dos estudos supracitados direcionados às populações com maior taxa de prevalência, “todos são vulneráveis à infecção pelo HIV” (BRASIL, 2002, p. 8) e não somente os indivíduos que compõem as populações específicas sob maior risco de infecção pelo HIV/aids.

⁶ “A motivação para que essas populações sejam consideradas chave reside no fato de serem – por razões comportamentais, mas sobretudo estruturais – mais vulneráveis ao HIV” (BRASIL, 2017c).

⁷ “Além dessas populações-chave, é preciso observar que outros segmentos populacionais também apresentam fragilidades que os tornam mais vulneráveis ao HIV/aids que a média da população e, portanto, também devem ser priorizados pelo Ministério da Saúde em ações específicas de prevenção” (BRASIL, 2017c).

Todavia, ainda, se constata no país escassez de estudos e pesquisas que examinam o conhecimento acerca das formas de transmissão do HIV, cujo público-alvo seja a população geral e que também contemplem as diferentes intervenções que compõem a Prevenção Combinada do HIV, pois os dados oferecidos pelo MS, por meio da PCAP, não abordam em seu escopo a totalidade das estratégias da Prevenção Combinada do HIV, apesar de a amostragem ser a população geral; e os estudos de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C contemplam o conjunto de ações estratégicas da Prevenção Combinada, mas referem-se somente a segmentos populacionais que se encontram sob maior vulnerabilidade para o HIV/aids e não à população geral.

Logo, ressalta-se que um dos diferenciais da presente pesquisa reside no fato de que esta busca investigar o conhecimento, a atitude e a prática da população geral sobre a conjugação das diferentes ações de prevenção constantes da Prevenção Combinada do HIV – a atitude é a “opinião, predisposição, crença, sentimento, afetividade, acerca de algo”, e a prática trata da “deliberação para realizar uma ação” (MONTEIRO *et al.*, 2015, p. 25) –, com a finalidade de compreender a prática informacional da população do Distrito Federal, DF, Brasil, frente ao HIV/aids, pois há essa lacuna evidenciada na literatura científica, segundo perspectiva interdisciplinar entre a CI e as Ciências da Saúde.

Acrescente-se, portanto, que para este estudo foi elaborado instrumento de coleta de dados que pela primeira vez incorporou conjuntamente determinadas questões anteriormente utilizadas e validadas pelas pesquisas de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C, supracitadas, ligadas ao desenho da epidemia do HIV/aids no país, que por sua vez poderá contribuir na construção das questões para a próxima PCAP a ser realizada em âmbito nacional.

Ainda, adicionaram-se questões que objetivam ampliar o conhecimento sobre o caráter informacional, comportamental e social que são fundamentais para o monitoramento da dinâmica da epidemia, pois estas abordam fatores emocionais, cognitivos e humanos que impactam na prática informacional de prevenção à infecção pelo HIV, de modo que este instrumento de coleta de dados poderá servir, também, de ferramenta de apoio para nortear estudos futuros, para orientar a tomada de decisão governamental e ainda aprimorar o planejamento em saúde.

Destaca-se que o âmbito da epidemiologia, o conceito de população geral refere-se a indivíduos que compreendem a população de modo geral, sem referência a alguma característica específica (ASIAMA; MENSAH; OTENG-ABAYIE, 2017). Desse modo, para fins deste estudo, compreende-se população geral indivíduos sexualmente ativos com idade a partir de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos, domiciliados na região político-administrativa do Distrito Federal – DF.

Considera-se, especificamente, para este estudo a população no DF devido ao fato de que o DF apresenta a menor taxa de detecção de aids do país, com 13,8 casos/100 mil habitantes, inferior à nacional, que é de 17,8 casos/100 mil habitantes em 2018, e ocupa os últimos lugares do *ranking* da taxa de detecção de casos de aids notificados nas Unidades da Federação, segundo os dados do índice composto⁸ no período de 2014 a 2018 (BRASIL, 2019a). Diante desta relevante diferenciação promissora no tocante aos índices epidemiológicos de qualidade do DF em relação às demais capitais brasileiras, esta pesquisa poderá subsidiar, como um estudo-piloto, inquérito populacional nacional, a fim de se obter impacto no enfrentamento à epidemia de HIV/aids.

Conseqüentemente, espera-se que os achados desta pesquisa possam contribuir como aspectos teóricos e práticos da Ciência da Informação – CI (BORKO, 1968; BROOKES, 1980), no sentido de que sejam preenchidas lacunas informacionais importantes para o entendimento acerca da prática informacional no contexto da epidemia do HIV/aids junto à população geral e de que seja feito o monitoramento de informações públicas de HIV/aids, por permitir conhecer a realidade informacional dos indivíduos do DF perante um dos mais graves problemas globais de saúde pública.

Outrossim, tem-se este estudo como importante para a CI, especialmente para a linha de pesquisa Comunicação em Mediação da Informação e para o grupo de pesquisa intitulado Fatores Humanos na Interação e Comunicação da Informação – FHICI, pois permitirá avançar sob o paradigma social da CI (CAPURRO, 2003), no qual o papel dos sujeitos-usuários dá-se na significação e ressignificação da

⁸ O índice composto é construído pelos seguintes indicadores: Taxa média de detecção de aids na população geral nos últimos 3 anos; Variação média anual da taxa de detecção de aids na população geral nos últimos 5 anos; Taxa média de mortalidade por aids na população geral nos últimos 3 anos; Variação média anual da taxa de mortalidade por aids na população geral nos últimos 5 anos; Taxa média de detecção de aids em menores de 5 anos nos últimos 3 anos; Variação média anual da taxa de detecção de aids em menores de 5 anos nos últimos 5 anos (BRASIL, 2018a, p. 58).

informação, vez que “[...] a informação só é útil quando o usuário infunde-lhe significado” (CHOO, 2003, p. 70), e, no caso desta pesquisa, para a Informação Pública de Saúde, que, quando apropriada pelo usuário, é capaz de promover a produção do conhecimento e conseqüentemente reduzir o adoecimento e os óbitos em virtude da aids.

Além disso, é necessário considerar as crenças, os hábitos culturais (PRAÇA; LATORRE; HEARST, 2003) e a subjetividade vinculada à estrutura social estabelecida, a partir do processo de socialização do indivíduo (DURKHEIM, 2002), considerando que o conhecimento só tem sentido quando integrado ao âmbito social (FERREIRA, 1995), ratificando a forte dimensão social e humana da CI (SARACEVIC, 1995).

Nesse contexto, tem-se que a problemática objeto dessa pesquisa sintetiza-se na questão que segue: **Qual o conhecimento, a atitude e a prática no contexto da epidemia do HIV/aids da população geral no Distrito Federal – DF, Brasil?**

1.2 Objetivos da pesquisa

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa é investigar o conhecimento, atitude e prática no contexto da epidemia do HIV/aids da população geral no Distrito Federal – DF, Brasil.

1.2.2 Objetivos específicos (OE)

Os objetivos específicos desta pesquisa são:

(OE1) Identificar o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes da pesquisa;

(OE2) Mensurar o conhecimento a respeito das formas de transmissão do HIV e das estratégias da Prevenção Combinada do HIV;

(OE3) Mapear o comportamento sexual dos entrevistados;

(OE4) Averiguar o uso do preservativo masculino nas relações sexuais e os fatores associados ao seu não uso;

(OE5) Descrever a percepção de risco de infecção pelo HIV;

(OE6) Identificar os fatores emocionais, cognitivos e humanos que impactam na prática informacional de prevenção à infecção pelo HIV;

(OE7) Realizar o georreferenciamento do nível de conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV.

1.3 Estrutura da pesquisa

A pesquisa estrutura-se em 8 (oito) capítulos, além das referências e apêndices. O primeiro se constitui na introdução, situando o leitor no contexto epidemiológico e informacional do HIV/aids. Evidenciam as razões que justificam a realização da pesquisa, a perspectiva interdisciplinar entre a Ciência da Informação e as Ciências da Saúde, o problema abordado, os objetivos que norteiam a pesquisa e suas contribuições práticas e teóricas.

O capítulo 2 (dois) trata da revisão de literatura para contextualização do tema. Discorre sobre o arcabouço conceitual da Ciência da Informação; Informação; Informação em Saúde; Prática Informacional; e Gestão de Risco.

O capítulo 3 (três) versa sobre o referencial teórico, no qual apresentam-se os significados dos conceitos-chave que constituem o fenômeno da pesquisa.

Quanto ao capítulo 4 (quatro), este se ocupa do Material e Método, do Universo da Pesquisa, dos pré-testes, dos resultados dos pré-testes, das variáveis estudadas, da relação entre os objetivos e o número da questão no instrumento de coleta de dados e dos aspectos éticos.

No capítulo 5 (cinco) são apresentados os resultados dos dados coletados durante o trabalho de campo. O capítulo 6 (seis) abarca a discussão dos resultados. No capítulo 7 (sete) são expostas as considerações sobre os objetivos da pesquisa.

Encerra-se a pesquisa com o capítulo 8 (oito), a partir da formulação das conclusões advindas da análise dos resultados. Em acréscimo, apresentam-se as recomendações e proposições de futuros estudos.

São ainda apresentados os Apêndices, a saber: Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Primeiro Pré-teste – Grupo Focal; Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Segundo Pré-Teste; Apêndice C – Instrumento de Coleta de Dados – Segundo Pré-Teste; Apêndice D – Instrumento de Coleta de Dados – Terceiro Pré-Teste; Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Terceiro Pré-Teste; Apêndice F – Instrumento de Coleta de Dados Final; Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Instrumento de Coleta de Dados Final.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o objetivo de contextualizar o tema desta pesquisa e subsidiá-la teoricamente, neste capítulo é apresentada a revisão de literatura, que explicita as relações entre os elementos identificados como importantes para a construção do modelo conceitual. Portanto, o desenvolvimento teórico foi sustentado pela revisão de literatura nos seguintes campos: Ciência da Informação, Informação; Informação em Saúde; Prática Informacional; e Gestão de Risco.

No que tange à recuperação da informação que abarca a temática do HIV/aids foram privilegiadas as publicações das bases de dados do *Medline (National Library of Medicine)*; *Cochrane (The Cochrane Library)*; LILLACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde); *Web of Science, Scientific Library Online* – Scielo, Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, assim como livros e anais de eventos.

No que se refere ao Campo da Ciência da Informação, o *corpus* de análise foi constituído por artigos científicos publicados em periódicos indexados na base *Web of Science* na área da CI; *LISA - Library Information Science Abstracts*; *LISTA - Information Science & technology abstracts*; *ISTA - Information Science & Technology Abstracts*; Peri e Brapci.

Pretende-se, assim, situar o leitor quanto aos tópicos considerados pertinentes à pesquisa em questão.

2.1 Ciência da Informação

Para o desenvolvimento deste trabalho, fez-se relevante, o estudo do conceito de Ciência da Informação (CI). A terminologia da CI variou sobremaneira ao longo dos anos. O primeiro registro data de 1802, mediante o termo “Bibliografia”. Em 1818, tem-se o registro do vocábulo “*Librarianship*” e, em 1851, da expressão “*Library Science*”. No ano de 1903, Paul Otlet define o termo “Documentação” para designar o processo de fornecimento de documentos para os usuários em busca de informação (ÁLVARES; ARAÚJO JR., 2010). Em 1895, destaca-se a criação do Instituto Internacional de Bibliografia – IIB, durante a I Conferência Internacional de

Bibliografia, quando Paul Otlet e Henri La Fontaine propõem a criação de uma biblioteca universal, com os resultados bibliográficos da totalidade dos documentos indexados no mundo, com vistas a promover a democratização da informação e a estabelecer uma rede de conhecimento mundial (QUEIROZ; MOURA, 2015; BARRETO, 2007).

Na sequência, foram determinados marcos para a CI, tais como a transformação do IIB em Instituto Internacional de Documentação – IID, em 1931, conforme propuseram Paul Otlet e Henri de La Fontaine na X Conferência Internacional de Bibliografia; a publicação da obra de Paul Otlet, em 1935, intitulada *Traité de Documentation: le Livre sur le Livre: Théorie et Pratique*, que trata da integração dos componentes da documentação, incluindo a Bibliometria; a criação do *American Documentation Institute* – ADI, em 1937 (posteriormente denominado *American Society for Information Science* – ASIS e, em 2000, *American Society for Information Science and Technology* – ASIST); a transformação, em 1938, do IID em Federação Internacional de Documentação – FID, no âmbito da qual foram desenvolvidas pesquisas teóricas que se tornaram as bases científicas da Ciência da Informação; e a realização da *Royal Society Information Conference* no Reino Unido, em 1948, em que houve amplo debate acerca da informação científica e dos serviços de informação.

Em 1958, na *International Conference on Scientific Information*, realizada nos Estados Unidos da América, foram abordados e examinados temas referentes ao desenvolvimento da organização, à disseminação da informação e às necessidades, interação e interesses dos usuários; e, em 1963, no Relatório *Weinberg*, Mikhailov, com a colaboração dos autores A. I. Chernyi e R. S. Gilyareviskiy, elaboraram um artigo intitulado “Informatika: um novo nome para a teoria da informação científica”, publicado em 1966 (MIKHAILOV; CHERNYI; GILYARESKI, 1980).

A origem histórica da CI, como disciplina de ciência, deu-se no contexto da revolução técnica e científica posterior à Segunda Guerra Mundial (SARACEVIC, 1996). Devido ao incremento do volume de informações ocorrido no âmbito das diversas áreas do conhecimento, houve uma demanda por um nível maior de organização informacional (LIMA, 2003). Portanto, em virtude da necessidade de se controlar o fenômeno conhecido como explosão informacional (BUSH, 1945; SILVA, 2008; SARACEVIC, 1996), decorrente do progresso científico e tecnológico, explicita-

se a proposição de Popper (1999) de que o conhecimento científico possui caráter conjectural.

Vannevar Bush (1945) evidencia a problemática relativa à explosão informacional decorrente do crescimento da informação e de seus registros, especialmente nas áreas de ciência e tecnologia, consideradas críticas para a economia, o comércio e a saúde, bem como para a defesa da sociedade, de tal modo que a criação de recursos com a finalidade de fornecer informações relevantes aos indivíduos, grupos e organizações torna-se necessária para o desenvolvimento de ações em tais áreas, assim como na tomada de decisões.

Além disso, o autor supracitado introduziu a noção de associação por conceitos ou palavras para organizar a informação, pois este seria o padrão que o cérebro humano utiliza para transformar informação em conhecimento. Acrescente-se que os processos de armazenar e recuperar informação deveriam ser operacionalizados por associação de conceitos, isto é, a forma como nós pensamos (BARRETO, 2007).

Todavia, Saracevic (1996, p. 42), no tocante ao pensamento de Bush (1945), aponta

o problema da explosão informacional – o irremediável crescimento exponencial da informação e de seus registros, particularmente em ciência e tecnologia. A solução por ele proposta era a de usar as incipientes tecnologias de informação para combater o problema (SARACEVIC, 1996, p. 42).

Posteriormente, de acordo com Heilprin (1989), a expressão CI foi delineada na década de 1960, em virtude de que se evidencia de forma predominantemente humana o uso da informação, sua produção e processamento. Heilprin (1974, p. 124) ainda afirma que a “ciência da informação é a ciência da propagação do significado das mensagens humanas”.

Em 1962, durante conferência no *Georgia Institute of Technology*, houve consenso em torno de que a CI, como ciência emergente (FOSKETT, 1980), refere-se à ciência do armazenamento e recuperação da informação (SHERA, 1980). Em razão do exposto, Shera e Cleveland (1977, *apud* FONSECA, 2005, p. 12) asseveram que a CI

[...] investiga as propriedades e o comportamento da informação, as forças que governam o fluxo de informação e os meios de processar a informação para ótima acessibilidade e uso. O processo inclui a origem, a disseminação, a coleta, a organização, o armazenamento, a

recuperação, a interpretação e o uso da informação. O campo está relacionado com a Matemática, Lógica, Linguística, Psicologia, Tecnologia da Computação, Pesquisa Operacional, Artes Gráficas, Comunicação, Biblioteconomia, Administração e algumas outras áreas (SHERA; CLEVELAND, 1977, *apud* FONSECA, 2005, p. 12).

Em 1967, Rees e Saracevic (1980, *apud* SHERA, 1980) ampliam o escopo da CI e alegam que, com a utilização dos métodos e das técnicas de suas diversas disciplinas, há a compreensão das propriedades, do comportamento e da divulgação da informação, tornando-se a CI um estudo dos fenômenos e dos processos da comunicação humana; esta, por sua vez, favorece a troca de informações entre os indivíduos e assegura o intercâmbio de informações (LE COADIC, 2004).

Em consonância com essa perspectiva, Belkin e Robertson (1976, p. 200) argumentam que “[...] o propósito da CI é facilitar a comunicação de informações entre seres humanos”. Nesse sentido, Le Coadic (2004) define que o surgimento da CI ocorre em razão da necessidade do estudo das propriedades da informação e de seus processos de comunicação, construção e uso, em face da indissociabilidade entre CI e Comunicação (QUEIROZ; MOURA, 2015). Em concordância, Ingwersen (1992) atesta que a CI objetiva facilitar a comunicação almejada entre o gerador humano e o usuário.

Por sua vez, Borko (1968) sintetiza que a CI é a disciplina que promove o estudo das propriedades, do comportamento, do fluxo da informação e dos recursos ou ferramentas, a fim de processar e de otimizar a sua acessibilidade e uso. Para o autor, a CI relaciona-se ao corpo de conhecimentos relativos à origem, coleta, organização, estocagem, recuperação, interpretação, transmissão, transformação e uso de informação. Em concordância com essa abordagem, Capurro (2007, p. 13) defende que o objeto da CI é a “produção, coleção, organização, interpretação, armazenamento, recuperação, disseminação, transformação e uso da informação”.

Não obstante, ainda para Borko (1968), a CI visa oferecer um amplo campo teórico sobre informação, no qual são imprescindíveis pesquisas teóricas e aplicações práticas, com vistas ao aprimoramento de procedimentos de uso, acúmulo e transmissão de conhecimento, como pode ser observado na citação que segue:

A Ciência da Informação é a disciplina que investiga as propriedades e o comportamento informacional, as forças que governam os fluxos de informação e os significados do processamento da informação visando a acessibilidade e a usabilidade ótima. A Ciência da informação está preocupada com o corpo de conhecimentos

relacionados à origem, coleção, organização, armazenamento, recuperação, interpretação, transmissão, transformação e utilização da informação. Isto inclui a pesquisa sobre a representação da informação em ambos os sistemas, tanto naturais quanto artificiais, o uso de códigos para transmissão eficiente da mensagem, bem como o estudo do processamento e de técnicas aplicadas aos computadores e seus sistemas de programação. É uma ciência Interdisciplinar derivada de campos relacionados tais como a Matemática, Lógica, Linguística, Psicologia, Ciência da Computação, Engenharia da Produção, Artes Gráficas, Comunicação, Biblioteconomia, Administração, e outros campos científicos semelhantes. Tem ambos componentes, de ciência pura visto que investiga seu objeto sem considerar sua aplicação, e um componente de ciência aplicada, visto que desenvolve serviços e produtos (BORKO, 1968, p. 1-2).

À luz do espectro proposto por Borko (1968), Saracevic (1996) apresenta uma concepção contemporânea da CI, definindo-a como:

[...] um campo dedicado às questões científicas e à prática profissional voltadas para os problemas da efetiva comunicação do conhecimento e de seus registros entre os seres humanos, no contexto social, institucional ou individual do uso e das necessidades de informação. No tratamento destas questões são consideradas de particular interesse as vantagens das modernas tecnologias informacionais (SARACEVIC, 1996, p. 47).

Em acréscimo, Borko (1968) evidencia a natureza interdisciplinar da CI, posto que, quando da sua constituição, algumas disciplinas impactaram no seu processo de surgimento, quais sejam: Matemática, Lógica, Psicologia, Ciência da Computação, Comunicação, Biblioteconomia, entre outras, ao passo que, para Capurro (2003), as raízes da CI fundamentam-se na Biblioteconomia e na Computação.

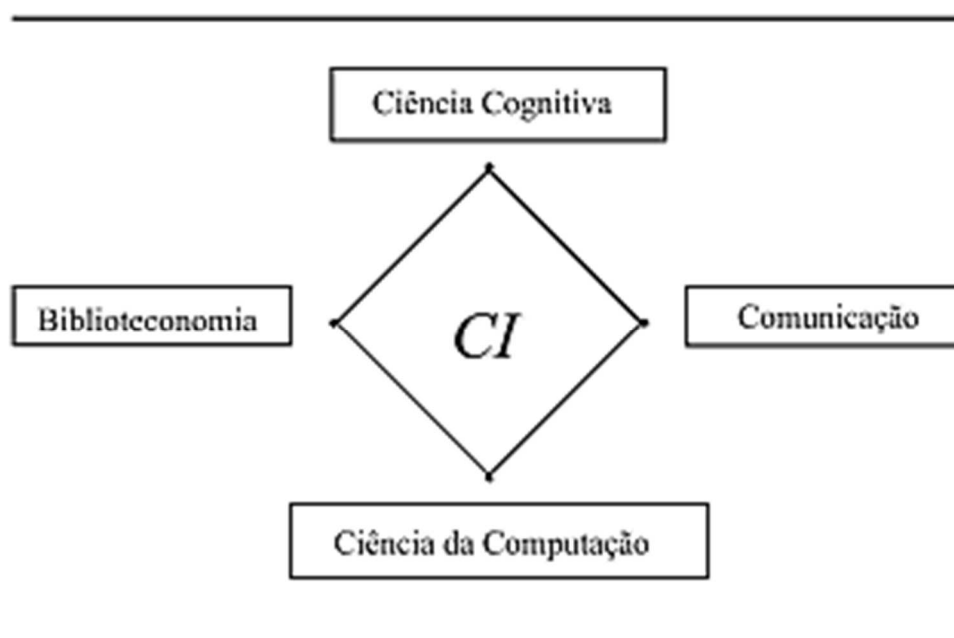
Segundo essa perspectiva, Le Coadic (2004) evidencia que a CI

[...] nasceu da Biblioteconomia, tomando, assim, como objeto de estudo a informação fornecida pelas bibliotecas, fossem públicas, universitárias, especializadas ou centros de documentação. Depois, a informação relativa às ciências, às técnicas, às indústrias e ao Estado sobrepôs-se a esses assuntos, dinamizada pelo advento da tecnologia da informação e as necessidades crescentes de informação dos setores científicos técnicos e industriais, e do grande público (LE COADIC, 2004, p. 2).

Ainda no que tange à interdisciplinaridade, Foskett (1980) designa que a CI é uma disciplina originada pela fertilização cruzada de ideias oferecidas pela Biblioteconomia e pelos modernos meios de comunicação e computação, bem como pela Psicologia e pela Linguística, áreas científicas que tratam diretamente da transmissão do conhecimento organizado.

Saracevic (1996) corrobora o enfoque interdisciplinar da CI, considerando o imperativo da variedade de problemas que abarcam o processo informacional e comunicacional e asseverando que “problemas complexos demandam enfoques interdisciplinares e soluções multidisciplinares” (SARACEVIC, 1996, p. 48). Para o autor, há quatro áreas do conhecimento nas quais a interdisciplinaridade da CI se destaca; são elas: a Biblioteconomia, a Ciência da Computação, a Ciência Cognitiva e a Comunicação, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2. Relações circunvizinhas da CI: Biblioteconomia, Ciência Cognitiva, Ciência da Computação e Comunicação



Fonte: Lima, 2003. p. 79.

O campo comum entre a CI e a Biblioteconomia fundamenta-se no desempenho de seu papel social e no uso efetivo dos registros gráficos.

Em se tratando da Ciência da Computação, a interrelação com a CI dá-se na aplicação da computação na busca e na recuperação da informação, no valor e no uso da informação, que, conforme Saracevic (1992, p. 50), ocorre devido ao

[...] significativo componente informacional, associado com a representação da informação, sua organização intelectual e encadeamentos; busca e recuperação de informação; a qualidade, o valor e o uso da informação - todos tradicionalmente tratados pela CI. (SARACEVIC, 1992, p. 50).

Ademais, a contribuição de Bates (1999) em relação à interdisciplinaridade da CI evidencia-se na percepção de que a CI é uma metaciência, transversal às disciplinas convencionais, e que agrega outras ciências.

Nesse contexto, Shera e Cleveland (1977, *apud* FONSECA, 2005) afirmam que é relevante a tecnologia para a CI, posto que, sem ela, parte significativa da atividade não existiria; porém, a CI não deve se restringir a ela, tampouco a máquinas, para o seu desenvolvimento.

Segundo Borko (1968), relaciona-se a CI com a representação da informação quando esta se utiliza de códigos que transmitam mensagens de forma eficiente, avaliando técnicas e dispositivos que processem a informação, tais como computadores e sistemas de informação (BORKO, 1968). Nessa perspectiva, faz-se necessário destacar a inexorável dependência entre a CI e a Tecnologia da Informação (SARACEVIC, 1995).

Tem-se, portanto, que o computador desempenha relevante função para a Ciência Cognitiva no tocante à compreensão da Inteligência Artificial, hipertextos, bases de conhecimento, interfaces inteligentes e questões sobre a interação homem-computador. No que tange à Comunicação, a correlação potencial entre a CI e essa área do conhecimento refere-se, por exemplo, às questões sobre as lacunas do conhecimento, colégios invisíveis, interação humana com tecnologias da comunicação, comportamento na busca de informações e sociedade da informação. Por conseguinte, é essencial a CI como disciplina que promove estudos e análises relativas à informação e à sua relevância (SARACEVIC, 1996).

Wersig e Nevelling (1975) evidenciam que a evolução histórica da CI ocorreu devido ao fato de que houve uma modificação na relevância dos problemas da informação para a sociedade: “[...] transmitir o conhecimento para aqueles que dele necessitam é uma responsabilidade social, e essa responsabilidade social parece ser o verdadeiro fundamento da CI” (WERSIG; NEVELLING, 1975, p. 134).

Le Coadic (2004) retoma essa colocação, ao apontar que uma das preocupações da CI está centrada no uso social da informação, cujo objeto de estudo abarca “a análise dos processos de construção, comunicação e uso da informação e a concepção dos produtos e sistemas que permitem sua construção, comunicação, armazenamento e uso” (LE COADIC, 2004, p. 26).

O autor, ainda, advoga a natureza de ciência social à CI: “[...] a Ciência da Informação tornou-se, portanto, uma ciência social rigorosa” (LE COADIC, 2004, p. 26). González de Gómez (2000, p. 6) corrobora esse pensamento ao pontuar que a CI “recebe das Ciências Sociais seu traço identificador”, estabelecendo os fundamentos sociais da informação. Nesse prisma, Araújo (2003), também reforça a forte influência do pensamento positivista (COMTE, 1998) das Ciências Sociais na CI, o que, por sua vez, reflete o caráter da cientificidade da CI, defendida por Mikhailov e Gilljarevskij (1970, p. 14) nesta citação:

É uma disciplina científica que investiga dentro das estruturas e propriedades (e não um conteúdo específico) da informação científica, tanto quanto as regularidades do trabalho de informação científica, suas teorias, histórias, metodologia e organização (MIKHAILOV; GILLJAREVSKIJ, 1970, p. 14).

Corroborando essa concepção, GOFFMAN (1970, *apud* SARACEVIC, 1996) aponta que a CI deve buscar um enfoque científico no estudo dos mais diversos fenômenos que envolvem a noção de informação, fundamentando-se no estabelecimento de princípios que passem a nortear o processo de comunicação.

Capurro (2003) considera que o desenvolvimento da CI se baseia em três paradigmas epistemológicos predominantes, a saber: o físico, o cognitivo e o social.

Minha tese é de que a ciência da informação nasceu em meados do século XX com um paradigma físico, que é questionado por uma abordagem cognitiva idealista e individualista, sendo esta, por sua vez, substituída por um paradigma pragmático e social (CAPURRO, 2007, p. 13, tradução nossa)⁹.

Quanto ao paradigma físico, a informação-como-coisa ocorre fora do indivíduo, tem característica própria, é regulamentada, independente, objetiva e possui fluxos controlados, preocupando-se, como asseveram Moreira e Duarte (2016), com o sistema e com o sentido ontológico. No paradigma físico, “[...] a informação é tida como algo objetivo, um objeto da realidade cujo sentido independe do usuário, que se relaciona com ela, dotada de propriedades objetivas” (ARAÚJO, 2010, p. 26).

Ademais, tem-se que o paradigma físico centraliza-se em sistemas informatizados, sendo que o conceito de informação abarca um aspecto estritamente

⁹ “Mi tesis es que la ciencia de la información nace a mediados del siglo XX con un paradigma físico, el cual es cuestionado por un enfoque cognitivo idealista e individualista, siendo este a su vez reemplazado por un paradigma pragmático y social” (CAPURRO, 2007, p. 13).

técnico, e no processo de recuperação da informação, não são consideradas as interpretações e as percepções do usuário (ALMEIDA *et al.*, 2007).

De acordo com essa visão, destaca-se a Teoria Matemática da Comunicação, proposta por Shannon e Weaver em 1949, que, voltada para a construção de sistemas computacionais, tem a finalidade de quantificar a informação, de processá-la e de transmiti-la por meio de máquinas.

Observa-se que o paradigma físico da informação sofreu forte influência do desenvolvimento tecnológico e que o seu principal objetivo é desenvolver e aperfeiçoar métodos com vistas à gestão de dados de forma mais eficiente (ALMEIDA *et al.*, 2007).

Entretanto, é necessário destacar o paradigma físico para além da vertente tecnológica, tal como explicita Buckland (1991, p. 351-352):

[...] há de se distinguir três significados de informação: informação-como-processo; informação-como-conhecimento; e informação-como-coisa, sendo este entendido como o uso atribuído à informação para indicar coisas compreendidas como informativas, tais como dados, documentos, textos, eventos e objetos (BUCKLAND, 1991, p. 351-352).

Sendo assim, Buckland (1991) reintroduz o conceito de informação-como-coisa, aponta a natureza subjetiva da informação e conclui: “[...] somos incapazes de dizer, de modo confiável, sobre qualquer coisa que não pudesse ser informação” (BUCKLAND, 1991, p. 50). Portanto, do mesmo modo que qualquer coisa pode ser simbólica, Buckland (1991) alega que qualquer coisa pode ser informativa.

No paradigma cognitivo, a perspectiva principal é a recuperação do conteúdo dos suportes informacionais, fundamentado em uma perspectiva centrada no usuário e em seus aspectos psicológicos, evidenciando que o usuário deve ser entendido, primeiramente, como sujeito cognoscente, com modelos mentais do mundo exterior transformados durante o processo informacional (CAPURRO, 2007), posto que a Ciência Cognitiva tem como finalidade “explicar como funciona a mente” (JOHNSON-LAIRD, 1988, *apud* SARACEVIC, 1996), e que, à luz da CI, seu enfoque é o conhecimento e como ele pode ser representado e manipulado nas formas mais diversas (MEY, 1982).

Em acréscimo ao exposto, Mey (1977) refere-se à perspectiva cognitiva centrada no usuário, em que o processamento da informação de modo perceptivo ou

simbólico necessita de um sistema de categorias ou de conceitos, com a utilização de um modelo de seu mundo como instrumento do processamento da informação. Portanto, o usuário da informação passou a ser considerado nos estudos da CI, o que a aproximou das Ciências Sociais e Humanas. Em face dessa perspectiva, Ferreira (1995) contempla que os sistemas de informação devem ser moldados, a partir do usuário, baseando-se na identificação de suas necessidades de informação e de seus padrões de comportamento quando da busca e do uso da informação, para alcançar a eficiência.

Contribui, por exemplo, para a concepção do paradigma cognitivo, a teoria de Belkin (1980) a respeito do ASK. Entende-se que o ASK dar-se-á a partir da identificação, pelo indivíduo, de uma necessidade informacional, que ocorre quando esse indivíduo identifica uma necessidade informacional, uma lacuna de informação, um estado de incerteza e/ou um vazio cognitivo no seu estado de conhecimento. Desse modo, o usuário busca a informação com a finalidade de construir um novo conhecimento ou de modificar um conhecimento que já existe, complementando lacunas. Isso posto, ainda durante o processo de busca, o usuário pode modificar a estratégia, pode reconsiderar suas fontes e até finalizar a busca conforme suas demandas e motivações, tornando-se constantemente alterado o seu estado de conhecimento (BELKIN, 1980).

Reflete esse aspecto a equação fundamental da CI de Brookes (1980), expressa na fórmula $K[S] + r I = K[S + r S]$, na qual $K[S]$ representa as estruturas de conhecimento, $r I$ a interação com a informação e o conhecimento, $K[S + r S]$ a nova estrutura modificada e $r S$ o efeito da modificação. Nessa equação, informação e conhecimento ($r I$) têm o mesmo significado. Ademais, Brookes (1980) contribui com esse paradigma ao postular a CI como parte integrante das ciências cognitivas.

Portanto, o paradigma cognitivo da informação faz a distinção entre o conhecimento e o seu registro em documentos, tal como afirmam Paul Otlet e Henri La Fontaine, como também leva em consideração os padrões mentais dos indivíduos, as abordagens cognitivas e a interpretação do sujeito cognoscente, em busca de que haja uma maximização da eficiência da gestão da informação (ALMEIDA *et al.*, 2007).

O paradigma social da informação ocorre a partir da análise crítica ao modelo de separação entre o sujeito cognoscente e os conteúdos informacionais, pois considera que o indivíduo e o objeto atuam no mesmo plano e contexto, sendo que o

sentido da informação é definido a partir das interações por eles estabelecidas, considerando-se o comportamento humano perante os aspectos sociais e materiais. Sob o prisma do paradigma social, o sujeito está incluído em um contexto social, realizando ações e sofrendo intervenções provenientes desse meio. Ademais, o paradigma social abrange elementos socioculturais e considera as interações como elementos relevantes para a construção da realidade (MOREIRA; DUARTE, 2016; CAPURRO, 2003; SILVA, 2008; ARAÚJO, 2008), como pode ser observado nesta citação de Araújo (2008):

Nesse sentido, surge o paradigma social, em 1992, o qual reconhece que as pessoas fazem parte de um contexto social, agem sobre ele e sofrem as suas interferências. Como estão em interação constantemente, elas são reconhecidas pelo paradigma social na condição de produtores de sentido, que se articulam em comunidades diversas, de diferentes naturezas: profissionais, étnicas, religiosas, sexuais, políticas, econômicas, etc. (ARAÚJO, 2008, p. 11).

Corroborando essa premissa, Ingwersen (1992) destaca a relevância do paradigma social ao considerar as necessidades do usuário. Verifica-se que o paradigma social atribui destaque à recuperação dos elementos subjetivos e à visão de mundo dos usuários. Ao considerar tal concepção, passa a ter a CI uma perspectiva interpretativa, aliada ao significado e à conjuntura social (ALMEIDA *et al.*, 2007). Para Hjørland (1998), o processo de informação realiza-se no contexto social, sob a análise e o estudo dos domínios do conhecimento referentes ao espaço discursivo, de tal modo que o paradigma social se identifica com a abordagem sociocognitiva, na busca de favorecer a eficácia na gestão do conhecimento.

Agregando ao exposto, Araújo (2010) defende a contribuição e a relevância de cada paradigma da CI, afirmando que

[...] cada modelo teórico apreende alguns aspectos da realidade e deixa de fora outros. Aquilo que não era respondido pelo paradigma físico da CI, tornou-se parte das preocupações do paradigma cognitivo. Igualmente, o paradigma social surgiu para iluminar questões não compreendidas pelo cognitivo. No caso dos estudos de usuários da informação, o paradigma social vem para problematizar aspectos como a definição de critérios de qualidade e valor da informação construída socialmente, e atravessada por fatores históricos, culturais, políticos, sociais e econômicos (ARAÚJO, 2010, p. 35-36).

Ressalta-se que as questões relativas à recuperação da informação passaram a considerar elementos teóricos, empíricos e práticos na área da CI (SARACEVIC, 1996), posto que a recuperação da informação configura-se conceito fundamental do

escopo da CI (LE COADIC, 2004), com o intuito de solucionar o problema da explosão informacional, “que engloba os aspectos intelectuais da descrição de informações e suas especificidades para a busca, além de quaisquer sistemas, técnicas ou máquinas empregados para o desempenho da operação” (Mooers, 1951, *apud* SARACEVIC, 1996, p. 44).

Na concepção de Mooers (1951, *apud* Saracevic, 1996), para a recuperação da informação deve-se intelectualmente descrever a informação e, igualmente, especificar a informação intelectualmente e fixar os sistemas, as técnicas e os equipamentos a serem utilizados no processo.

Desse modo, na busca de ampliar a contextualização da recuperação da informação para os usuários e suas interações, com uma compreensão mais aprofundada do problema originalmente analisado por Mooers (1951, *apud* SARACEVIC, 1996) ao discutir os princípios da recuperação da informação e a necessidade de se construir sua teoria, Kochen (1974, *apud* SARACEVIC, 1996, p. 47) define que:

[...] podemos conceitualizar o sistema de conhecimento, no qual se inscreve a recuperação de informação, como composto por três partes: (a) as pessoas em seu papel de processadores de informações; (b) os documentos em seu papel de suportes de informações; (c) os tópicos como representações (Kochén, 1974, *apud* SARACEVIC, 1996, p. 47).

Reunindo o conjunto de definições e conceitos apresentados, tem-se que a CI apresenta como objeto principal a informação e suas propriedades gerais, incluindo natureza, gênese e efeitos (LE COADIC, 2004), a qual, por sua vez, caracteriza-se por ser uma força constitutiva na sociedade, cujo objetivo é o conhecimento. Enfatiza-se, então, o importante papel da informação na sociedade contemporânea (CAPURRO, 2003; LE COADIC, 2004) e do processo de socialização da informação (LOPES; FREIRE, 2011).

Segundo Capurro (2003), há de se reconhecer o papel dos usuários ao dar significado à informação, considerando suas necessidades no cotidiano, suas demandas e interesses. Nesse sentido, Frohmann (1995) destaca a relevância da construção social na elaboração de processos informativos, bem como a análise das necessidades dos usuários na formulação dos arquivos de conhecimento e na produção, transmissão, distribuição e utilização da informação.

Lima (2003) observa que a CI, ao considerar a recuperação da informação, busca proporcionar maior interação aos usuários, estabelecendo princípios com vistas ao estudo dos processos relativos à comunicação e a sistemas de informação, definindo, assim, a sua teoria.

Portanto, na busca da consolidação progressiva dos conceitos e conhecimentos científicos e técnicos fundamentais para a CI, deve-se considerar sua preocupação com o uso da informação na sociedade, promovendo, entre outros, o estudo dos aspectos culturais e sociais dos indivíduos.

Alinhando-se a esse contexto, Azevedo (2004) corrobora tal pensamento ao se referir aos sentidos da informação e ao alcance dos objetivos da CI:

Alarga-se e, ao mesmo tempo, complexifica-se o campo da CI, tanto em termos da pesquisa quanto da atuação profissional, quer dizer, abrem-se novas possibilidades que implicam em novas responsabilidades e, por isso mesmo, em novos estudos em busca de novos referenciais teóricos e metodológicos (AZEVEDO, 2004, p.127).

Segundo Oliveira (1998), a CI atua em campo mais amplo, com natureza interdisciplinar, com a finalidade de estudar e analisar fenômenos relacionados à produção e à organização, bem como à transmissão e à utilização de informações nos diversos campos do saber.

Em seu processo de evolução, a CI enfrenta inúmeras pressões, o que determina que se reexamine a sua problemática e as soluções obtidas de forma teórica, experimental ou prática. Wersig (1993) destaca a perspectiva pragmática e evolucionária da CI, na qual a complexidade inerente à sua interdisciplinaridade estimula a ampliação dos objetivos de pesquisa empírica e das interfaces com outras ciências. A interdisciplinaridade tem promovido o engrandecimento e o fortalecimento da CI e contribuído para sua construção e reconstrução constante (SATUR, 2018).

Ademais, o caráter dinâmico e plural da CI permite o estudo de diversas realidades empíricas. Perspectivas contemporâneas no campo da CI apontam a tendência de estudos sociais da informação; de pesquisas que refletem a construção social da informação; o aspecto coletivo do uso e das necessidades informacionais; as emergentes propriedades da informação em distintos contextos socioculturais; a análise do domínio socialmente compartilhada e vivenciada e as condições nas quais o conhecimento se integra aos distintos *habitus* e domínios que os indivíduos

pertencem (HJØRLAND, 2018; ARAÚJO, 2017; GUIMARÃES, 2014; SOUZA; ALMEIDA; BARACHO, 2013).

Hjørland (2018, p. 324) reforça que “uma abordagem sociológica significa que o foco está na produção, mediação e utilização de conhecimento, da informação e de documentos, compreendidos por meio de ações sociais e culturais” (HJØRLAND, 2018, p. 324, tradução nossa¹⁰).

A importância do desenvolvimento dessas perspectivas é o direcionamento da pesquisa no campo da informação não só para o ambiente formal da ciência, mas o estudo da ciência na vida social, na dinamicidade da vida humana (ARAÚJO, 2017), isto é, a ciência em ação (LATOUR, 2000), uma concepção voltada para todos os tipos de realidade empírica (SAVOLAINEN, 1995), posto que a informação é vista como algo presente na vida cotidiana, ligada à ação dos sujeitos e a sua estrutura social, fenômeno singular, portanto da ordem da contingência e com caráter pragmático (ARAÚJO, 2017).

Neste sentido, Robertson (2000) e Hjørland (2018) afirmam que a perspectiva futura do campo da CI trata da multiplicidade pragmática, motivada a problemas e critérios práticos que envolvem o conhecimento da vida cotidiana.

Portanto, apresentam-se maiores desafios e questões para a pesquisa, o desenvolvimento e a prática profissional da área da CI, na qual a informação aparece ligada a termos como documento, saberes, ação, contexto, cultura, memória, coletivo, sociedade, histórico (ARAÚJO, 2017).

2.2 Informação

Na sociedade contemporânea, o conceito de informação com a acepção de conhecimento comunicado no cotidiano desempenha relevante papel, devido ao fato de que a informação caracteriza-se como força constitutiva na sociedade (CAPURRO; HJØRLAND, 2007), algo simbólico, construído a partir das interações dos indivíduos nos seus contextos de ação e na construção e significação do mundo social (SILVA,

¹⁰A sociological approach means that the focus is on Knowledge/information/document production, mediation and utilization, understood through social and cultural (HJØRLAND, 2018, p. 324).

2008), posto que “o ser humano interage com a informação nas mais variadas circunstâncias” (KAFURE; PEREIRA, 2016, p. 225).

Há que se ressaltar que a informação somente pode ser definida dentro do contexto em que o usuário se insere, e não fora dele (MAHLER, 1996).

Capurro e Hjørland (2007) argumentam que a informação trata de um conceito subjetivo, mas não no sentido unicamente individual do termo, pois inclui os processos socioculturais que integram os critérios de seleção daquilo que é ou não é informativo. Isso posto, tem-se que a informação engloba a totalidade de contextos ao redor do indivíduo e o que possui significação para ele (MARTELETO, 1995).

A acepção da informação, portanto, é compreendida no âmbito sociocultural, segundo perspectiva histórica (BRIER, 1992) e conforme símbolos informacionais (SILVA, 2008). A informação representa, então, “um artefato cultural, como forma de criação e dos significados ou ainda como modo de produção, controle e distribuição dos bens simbólicos” (MARTELETO, 1995, p. 89), de acordo com a prática social, tendo em vista que a produção de sentidos é construída por agentes históricos e sociais (HABERMAS, 1982).

Em 1995, Pacheco argumentava que

[...] se a informação é um artefato, ela foi criada num tempo, espaço e forma específicos, que formam um dos contextos pelo qual deve ser interpretada, o contexto de sua geração. Sendo artefato, ela pode ser utilizada num contexto distinto daquele para o qual e no qual foi produzida, sendo, portanto, passível de recontextualização (PACHECO, 1995, p. 21).

Ainda na concepção de Marteleto, Ribeiro e Guimarães (2002), a informação emerge como uma composição de percepções sobre coisas e indivíduos, formando um fenômeno cultural de conhecimento e de representações sociais, no qual a informação é construída pelos indivíduos de acordo com suas vivências, influenciando o sentido e o valor informacional (GONZÁLEZ DE GOMEZ, 1990).

Em consonância com essa concepção, Silva (2008, p. 50) aponta que “quando da interação social, os indivíduos moldam suas ações, seus conhecimentos e necessidades baseando-se nas expectativas por parte dos demais que estão envolvidos nessa interação”.

Na conceituação de Azevedo (2004), a informação é considerada um conhecimento informativo quando representa avanço e é compartilhada por indivíduos

ou comunidades em determinadas circunstâncias sociais e históricas, dado que o trabalho informativo demanda a contextualização do conhecimento, bem como a interpretação da informação por parte de produtores, mediadores, usuários e seus receptores.

Ao corroborar esse conceito, González de Gómez (1990, p. 121) define que “as necessidades/carências só têm existência social a partir das interpretações culturais e coletivas, que de fato sustentam sua manifestação nas formas individuais do querer ou desejar”.

Por essa premissa, Smit e Tálamo (2007, p. 29) discorrem que

[...] a dimensão social da informação encontra assim a essência na sua associação com o conhecimento. Não se trata de prover alguns segmentos sociais de informação para a produção de conhecimento útil, mas de inserir fluxos capazes de alterar, por meio do valor da informação, a cultura (SMIT; TÁLAMO, 2007, p. 29).

Por conseguinte, nota-se que a informação possui duas dimensões, a saber: a pessoal e a coletiva, na qual a dimensão pessoal da informação constitui-se da vivência e do aprendizado por meio das experiências do indivíduo, ao passo que a dimensão coletiva observa o conhecimento advindo de experiências e interpretações de indivíduos socialmente diferenciados (CARDOSO, 1996); portanto, tem-se que “o saber social constitui-se de modo derivado” (GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 1984, 108).

Desse modo, salienta-se a interpretação de Barreto (2002a, p. 71), em que se define que

[...] É por meio da informação produzida, com a ajuda de um sistema de signos, que o homem procura relatar sua experiência vivenciada para outras pessoas; espalhar a outras suas experiências, que foi experimentada só por ele; que se processou no âmbito de sua condição privada de criação individual e que se desloca para a esfera pública de uma significação, que se deseja, seja coletiva (BARRETO, 2002a, p. 71).

Em razão do exposto, depreende-se que a abordagem da informação, ao considerar os pressupostos compartilhados pelo indivíduo e pelo coletivo, abarca as experiências cotidianas dos indivíduos em seus ambientes e no mundo ao seu redor (CARDOSO, 1996). Ademais, Barreto (2002a, p. 67) apoia-se na ótica de que

[...] a condição humana [...] é a mundanidade. Uma das qualidades dessa condição humana é a criação, e o registro, em código próprio, da informação e de sua representação. A ação é a única atividade da condição humana que só pode ser praticada com outros homens.

Corresponde à condição humana da pluralidade (BARRETO, 2002a, p. 67).

No pensamento de Reis (1999, p. 155), a informação configura-se como

[...] substrato da vida social, fundamental à compreensão dos fenômenos, requerendo daquele que a recebe submetê-la a um processo de análise, crítica e reflexão, para que, inserindo-o na historicidade dos processos sociais, possa ser incorporada como conhecimento norteando a ação (REIS, 1999, p. 155).

Por essa perspectiva, tem-se que a informação é considerada um recurso de grande valia e utilidade para as pessoas. Nesse sentido, Barreto (2002a, p. 70) resume que a informação associa-se ao “desenvolvimento do indivíduo e à sua liberdade, pelo poder de decidir sua vida”.

Soma-se a essa assertiva a argumentação de Shannon e Weaver (1972, p. 117) de que a informação “é uma redução de incerteza oferecida quando se obtém resposta a uma pergunta”. Portanto, quando devidamente utilizada pelo usuário, a informação promove o conhecimento e o incremento do saber, produz benefícios e bem-estar para o indivíduo e para a sociedade em que vive (BARRETO, 2002a).

Segundo Martucci (1997), o processo de busca da informação e a compreensão de sua necessidade pressupõem a apreensão das percepções e perspectivas individuais do usuário; levando em consideração a historicidade e a mudança das práticas vivenciadas no dia a dia, a informação deve ser contextualizada, ao passo que o uso da informação deve ser estabelecido pelo próprio indivíduo ainda em construção.

Para Machlup (1983), a informação é dirigida a mentes humanas e é por elas recebida. Em suma, a informação é um fenômeno humano, sendo que pessoas transmitem e recebem mensagens mediante suas possibilidades de ações. Por conseguinte, a condição da informação é harmonizar o mundo (BARRETO, 2002a).

[...] Como elemento organizador, a informação referencia o homem a seu destino; desde antes de seu nascimento, com sua identidade em relacionar suas memórias do passado com uma perspectiva de futuro e assim estabelecer diretrizes para realizar sua aventura individual no espaço e no tempo (BARRETO, 2002a, p. 70).

Por conseguinte, tem-se procurado caracterizar a essência do fenômeno da informação como a adequação de um processo de comunicação que se efetiva entre emissor e receptor da mensagem (BARRETO, 2002a). Na concepção de Borko

(1968), tem-se que a informação esquematiza um fenômeno interno do contexto comunicativo em que o usuário se insere.

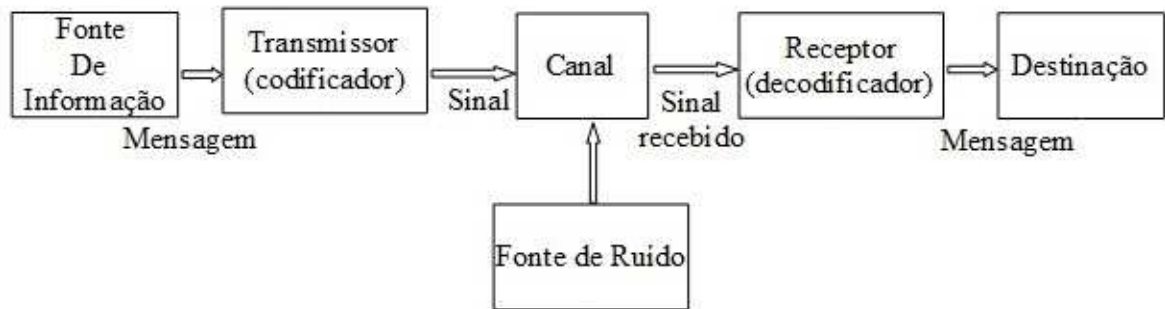
Considerando essa assertiva, recorde-se a filosofia de Descartes (1996), que discorre que informação é dar uma forma à matéria para comunicar alguma coisa a alguém. Nessa lógica, Valentim (2002) advoga que a informação, entendida como matéria-prima, como instrumento básico do processo comunicacional, e considerada um insumo, representa uma ferramenta básica do processo comunicacional.

Alinha-se a esse ponto a Teoria Matemática da Comunicação postulada por Shannon e Weaver (1972), por sua contribuição para a compreensão do conceito de informação, na qual esta se refere aos processos de transporte e de transferência da informação entre o transmissor e o receptor, configurando-se como um processo de relações humanas, um esforço de inter-relação empreendido mutuamente por pessoas que se compreendem. Por essa lógica, Bourdieu (1980) assevera que a comunicação dar-se-á da interação socialmente estruturada.

Não obstante, é mister ressaltar que se deve atentar para o conteúdo da informação na transferência de uma mensagem (INAZAWA; BAPTISTA, 2012), posto que “[...] todo ato de conhecimento associado ao conteúdo simbólico de uma estrutura de informação é uma cerimônia com ritos próprios, uma passagem simbólica” (BARRETO, 2002a, p. 71), observando-se que o fluxo comunicativo da ação humana, do que produzimos e do que significamos culturalmente deriva da capacidade de diálogo mútuo entre os indivíduos (DALBOSCO, 2007).

Destaca-se que a ação comunicacional compõe-se dos seguintes elementos, a saber: fonte de informação, mensagem, transmissor/codificador, canal, fonte de ruído, receptor/decodificador e destinação (SHANNON, 1948), conforme pode ser observado na Figura 3.

Figura 3. Diagrama esquemático do sistema geral de comunicação



Fonte: Shannon, 1948, p. 2.

Shannon e Weaver (1972), ainda, definem que a informação possui característica de conhecimento comunicado, tendo origem na ontologia do processo comunicativo, em que compartilham, produzem e processam a informação tanto os indivíduos quanto todos os tipos de sistemas de comunicação.

Para além do espectro apresentado, é oportuno destacar a complexidade, a multiplicidade de acepções, a interdisciplinaridade do termo informação e a construção do sentido da informação nos diversos campos do conhecimento (SILVA, 2008; MCGARRY, 1984), dado que a informação é a “matéria-prima de todas as áreas do conhecimento que a entendem conforme sua forma de apropriação, teorização, dependente do estágio de desenvolvimento de teorias de práticas metodológicas” (MIRANDA; SIMEÃO, 2002, p. 2). Logo, debates em torno do conceito de informação são relevantes no âmbito das mais variadas disciplinas, porquanto teorias e abordagens concernentes à CI derivam-se de diferentes esferas do conhecimento (CAPURRO; HJØRLAND, 2007; SILVA, 2008).

Faz-se necessário ressaltar, portanto, que o objeto de estudo da CI é a informação (BORKO, 1968) e que essa ciência se configura tal como um universo teórico que abrange problemáticas informacionais e de conhecimento das áreas do saber, mas com sentidos elucidativos que retroalimentam a própria CI (SARACEVIC, 1995). Além disso, a teoria da CI aponta para o seguinte: o “que conduz sua estruturação disciplinar diria respeito a um esforço por resolução de problemas (aporias) de informação e conhecimento” (SEMIDÃO, 2013, p. 2).

Em analogia a essa compreensão, Barreto (2002a) afirma que a CI passou a ser uma instituição de reflexão da informação, como um campo que estuda a ação mediadora entre informação e o conhecimento acontecido no indivíduo.

Por conseguinte, no âmbito da CI, é oportuno mencionar a importância da reflexão e da emergência dos conceitos de dados e de conhecimento para uma melhor compreensão do processo informativo “em forma da tríade conceitual dados, informação e conhecimento” (SEMIDÃO, 2013, p. 6), com vistas a favorecer a promoção da resolução de problemas de informação e de aquisição do conhecimento, conforme proposto por Borko (1968).

Em convergência com essa compreensão, Davenport e Prusak (1998, p. 4) apresentam a informação como “dados que fazem diferença”. Para os autores supracitados, a observação dos fatores que ocorrem no mundo corresponde aos dados, sendo que a informação agrega o significado que as pessoas dão a esses dados.

Com base nesse pressuposto, Semidão (2013, p. 4), ainda, destaca que o termo dado “figuraria como fato ou átomo, um elemento bruto, desprovido de significação imediata. Algo perceptível e de baixo teor semântico”.

Na concepção de Hoshovsky e Massey (1968), dados indicam fatos ainda não definidos para determinado uso, de modo que são suscetíveis de avaliação, a fim de que sejam validados. Davenport e Prusak (1998) defendem que são concernentes à informação os dados relevantes e objetivos, que o conhecimento é a informação considerada importante para o intelecto humano, e cria uma conexão entre o conhecimento a ser obtido e os dados *in natura*. Ademais, a informação envolve contexto, síntese e reflexão, criando uma conexão entre o conhecimento a ser obtido e os dados em estado bruto. Acrescenta-se a esse contexto o entendimento de Kuhlen (1990) de que a informação seria o conhecimento em ação.

Em razão do exposto, Barreto (2002a, p. 71) descreve que

[...] como no mito de Orfeu, a informação em seu momento de passagem é cidadã de dois mundos, com direção, mas carregando enorme tensão no ritual de passagem. No entanto, é nos momentos de passagem que o fenômeno da informação apresenta sua característica mais bela, pois transcende ali a solidão fundamental do ser humano; o pensamento se faz informação e a informação se faz conhecimento (BARRETO, 2002a, p. 71).

Por essa lógica, Drucker (1997) destaca que as informações são dados dotados de relevância e propósito. Como caracterização do termo, Setzer (1999) define que a informação possui sentido semântico, pois representa, por intermédio de imagens, textos, animação e sonorização, aquilo que tem valor significativo para o ser humano. Portanto, a informação é o que é informativo para um indivíduo (BRAMAN, 1989).

Em 1984, McGarry definiu que os dados oferecidos são a matéria-prima que dão origem à informação e, conseqüentemente, ao conhecimento. Trata-se, pois, de informação, algo que modifica, acrescenta ou reforça uma representação, que pode ser explícita, tal como mapas, proposições, circunstâncias, bem como pode estar implícita na ação endereçada a quem a recebe.

Nesse sentido, Dretske (1981, p. 80-81) afirma que a informação é relativizada perante o “conhecimento pré-existente do receptor”, conquanto é relevante para o conhecimento.

De acordo com esta premissa, Barreto (2002a, p. 72) alega que “a informação passou a ser sua ‘in-tensão’ para gerar o conhecimento do indivíduo e conseqüentemente em sua realidade”. Ainda segundo esse autor, organiza-se o conhecimento por meio da assimilação da informação pela mente do indivíduo, que lhe dá a sua interpretação conforme o sentido cognitivo, de tal forma que o conhecimento é gerado pela modificação e reconstrução de saberes em seu intelecto, derivado da interação com uma forma de informação.

Portanto, Barreto (2002a, p. 72) aponta que

[...] essa reconstrução pode alterar o estado de conhecimento do indivíduo, ou porque aumenta seu estoque de saber acumulado, ou porque sedimenta saber já estocado, ou porque reformula saber anteriormente estocado (BARRETO, 2002a, p. 72).

Ratificando esse pensamento, destaca-se a construção filosófica de Locke (1978), que alega que é da fonte da experiência que são extraídas as matérias do nosso pensamento e do conhecimento perante o que observamos a respeito dos aspectos exteriores que nos são sensíveis, assim como das nossas próprias ideias mediante o que refletimos, ampliando o nosso saber.

Expande essa abordagem o conceito de McGarry (1984) de que a informação, além de ser um fato isolado ou um conjunto deles, é um estímulo recebido pelos nossos sentidos, pois se trata de uma unidade de pensamento. Nessa vertente,

González de Gómez (1984, p. 109) acrescenta que a informação pode ser considerada “como um produto exteriorizado das atividades do conhecimento”.

Por conseguinte, Duvold (2005, p. 274) reforça tal concepção ao definir que a informação é, sobretudo, o conhecimento que ela pode gerar. “A informação é algo que consumimos, algo que não convida à reflexão. [...] O conhecimento, no entanto, é construído e produzido por pessoas, e não pode ser visto como algo isolado” (DUVOLD, 2005, p. 274, tradução nossa)¹¹.

Farradane (1980) define a informação como uma representação, uma substituição física do conhecimento, tal como é a comunicação por meio da linguagem cotidiana. Afirmar também serem relevantes para a CI, portanto, a análise de suas conexões com o conhecimento e o foco no usuário.

Em 1991, Buckland, em seu artigo “*Information as thing*”, aplica três significados ao conceito de informação, quais sejam: informação-como-processo; informação-como-conhecimento e informação-como-coisa. Esses significados são atribuídos à informação, com vistas a denotar seu aspecto informativo.

A informação-como-processo refere-se ao “ato de informar [...] comunicação ou novidade de algum fato ou ocorrência; a ação de falar ou o fato de ter falado sobre alguma coisa” (BUCKLAND, 1991, p. 351); ao passo que a informação-como-conhecimento define aquilo que é percebido na informação-como-processo: o “conhecimento comunicado referente a algum fato particular, assunto ou evento; aquilo que é transmitido, inteligência, notícias” (BUCKLAND, 1991, p. 351), ou seja, trata-se da informação que é compreendida, assimilada.

Ainda, Buckland (1991) aponta que uma das principais características da informação-como-processo e da informação-como-conhecimento é o fato de que estas são intangíveis, porquanto percebidas como algo subjetivo inerente ao indivíduo, tais como opiniões e convicções, em que não podemos intervir ou tocar, além de serem apresentadas por meio de um texto, sinal ou fluxo comunicativo, de forma a exprimir ou a representar determinada descrição.

¹¹“Information is something we consume, something that does not invite reflection [...] Knowledge, however, is constructed and produced by people; it cannot be seen as isolated” (DUVOLD, 2005, p. 274).

Em se tratando da informação-como-coisa, tem-se que

[...] o termo informação também é atribuído para objetos, assim como dados para documentos, que são considerados como informação, porque são relacionados como sendo informativos, tendo a qualidade de conhecimento comunicado ou comunicação, informação, algo informativo (BUCKLAND, 1991, p. 351).

Tendo isso como premissa, a informação-como-coisa identifica as coisas que são informativas, podendo ter significado em dois sentidos: quando determinado objeto ou fato é informativo, constitui-se uma evidência, denotando-se algo que foi compreendido, que interfere no saber, nas crenças individuais; e, quando se pode prever o uso de uma evidência, a informação passa a caracterizar uma classe de objetos que futuramente podem ser informativos (BUCKLAND, 1991).

Faz-se mister destacar, portanto, que a informação-como-coisa é a informação registrada (BUCKLAND, 1991), tangível, pois representa algo que está devidamente descrito, expresso ou representado em uma estrutura física, tais como dados, documentos, textos, objetos, eventos. Nessa perspectiva, a informação-como-coisa encontra-se no mundo 3 (três) de Popper (1999), subsidiando a estruturação do conhecimento.

Deste modo, Buckland (1991, p. 352) descreve os aspectos inerentes aos três significados da informação, conforme pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1. Quatro Aspectos da Informação

INTANGIVEL	TANGIVEL
Entidade 2. Informação-como-conhecimento Conhecimento	3. Informação-como-coisa Dados, documentos
Processo 1. Informação-como-processo Tornando-se informado	4. Processo da informação Processamento de dados

Fonte: Buckland, 1991, p. 352, tradução nossa.

Vis-à-vis o exposto, faz-se necessário considerar a afirmação de Barreto (2002b, s.p.), na qual a informação promove o desenvolvimento e o bem-estar da sociedade:

[...] um novo estágio de qualidade de convivência, alcançado através da informação. A ação social maior é fazer a luz brilhar para cada ser

humano através da informação como mediadora do conhecimento (BARRETO, 2002b, s.p.).

Portanto, ao analisar o conjunto das correntes de pensamento ora apresentadas, soma-se o entendimento de que, conquanto a informação seja considerada um elemento prévio fundamental para a criação de conhecimento, reunindo a tríade dados, informação e conhecimento em um *lócus comunis* dentre o leque de teorias (SIRIHAL; LOURENÇO, 2002), pode-se afirmar, por conseguinte, que o trabalho informativo busca contextualizar ou recontextualizar o conhecimento, aplicando-o a determinada demanda concreta (CAPURRO, 2003).

Isso posto, passa-se a analisar, por conseguinte, a função determinante da informação no processo de formulação e implementação de políticas públicas de saúde, no contexto do HIV/aids.

2.3 Informação em Saúde

Ao longo da história, o conceito de saúde tem sido objeto de estudo. No Brasil, no final da década de 1980 e início dos anos 1990, amplia-se o movimento de discussão crítica do setor saúde acerca da situação das informações em saúde, como também se observa um maior dinamismo no que se refere à informação em saúde como um campo de produção e de aplicação de conhecimentos. A partir dessa constatação, a informação, ao se incluir no âmbito dos processos sociais, deixa de ser apenas um meio propagador de ideologias, elaborado pela modernidade, para também se inserir no contexto concernente às políticas públicas de saúde, à saúde coletiva, à saúde individual e às regulações em torno da dinâmica das práticas informacionais, especialmente das práticas informacionais de saúde (MORAES, 1994; SANTOS, 1996; MORAES; SANTOS, 1998; MARTELETO, 1995).

Por essa perspectiva, Stedile *et al.* (2015) afirmam que a informação tem, nesse contexto, uma função dupla: ao mesmo tempo em que emana das políticas públicas, ao ser sistematizada e socializada, orienta as práticas de saúde. Essa prática, por sua vez, produz nova informação, a transforma e a alimenta, gerando um “contínuo que produz informação, a utiliza e a aprimora para empregá-la novamente no cotidiano das ações de saúde” (STEDILE *et al.*, 2015, p. 2969).

Ademais, é mister destacar o fato de que a informação em saúde é considerada uma prioridade para o desenvolvimento das nações e constitui-se em um direito social (STEDILE *et al.*, 2015; ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Ao encontro dessa assertiva, Teixeira (2004, p. 616) assevera que “informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica, porque podem influenciar significativamente a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde”.

Corroborando esse pensamento, Targino (2009) defende a relevância de se considerar a saúde como um recurso básico e essencial da sociedade, sendo, por conseguinte, de capital importância a informação em saúde no processo de gerenciamento e de tomada de decisão no âmbito das políticas públicas, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população. Ademais, ao analisar essa temática, a autora afirma que:

[...] a função macro da informação em saúde é detectar problemas individuais e coletivos no quadro sanitário de uma população, oferecer elementos que subsidiem a análise rigorosa desse quadro e, então, apresentar alternativas para minimizar a situação encontrada (TARGINO, 2009, p. 54).

Acrescente-se que, em se tratando da saúde individual, a informação em saúde pode representar para sujeitos sociais, enquanto interlocutores centrais, um projeto político e a democratização das informações – isso porque a informação tem forte impacto no processo de organização da vida cotidiana, a partir da ação consciente dos seus atores, proporcionando, então, um ponto de interseção (MORAES; SANTOS, 1998). Portanto, oferecer aos cidadãos informações relevantes, suficientes, necessárias e em diversas mídias, considerando que os indivíduos têm condições diferenciadas de apropriação da informação, é fundamental para que estes possam tomar decisões e para promover o bem-estar social (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Logo, sob essa ótica, há de se compreender que as práticas informacionais, em seus processos e em suas formas de constituição, subsidiam a construção do objeto informação e do conhecimento em saúde (MARTELETO, 1995). Faz-se necessário destacar que os sujeitos sociais, diante daquilo que apreendem no âmbito da informação em saúde, passam a ter “relações e interações, as quais expressam a incorporação e a produção de formas particulares de significado e ação” (GIROUX, 1986, *apud* MARTELETO, 1995, p. 12).

Moraes e Santos (1998) avaliam que há o fortalecimento da disseminação da informação em saúde quando se desenvolvem estudos científicos direcionados às áreas de ciência e tecnologia, articulados com os serviços de saúde, com vistas a expandir as discussões advindas das evidências científicas, de estudos e pesquisas em saúde (MORAES; SANTOS, 1998). Objetiva-se, assim, subsidiar a formulação e a implementação de políticas públicas de saúde, como também validar o processo de tomada de decisão governamental, que é capaz de integrar a pesquisa científica e a aplicação prática de seus resultados e, em particular, a interação entre a pesquisa e a ação, buscando abreviar o hiato existente entre o novo conhecimento e a sua utilização em benefício da população (SOUZA, 2014).

No mais, o uso de informações provenientes de investigações científicas proporciona um melhoramento à saúde da população e integra uma estratégia global de desenvolvimento social com equidade (WHO,1998a), visto que a utilização e a disseminação de evidências científicas envolvem a responsabilidade de diversos atores, entre eles pesquisadores, gestores e usuários individuais (ELIAS; PATROCLO, 2004).

Corroborando esse pressuposto, Silva, Cruz e Melo (2007) afirmam que a informação em saúde, ao receber a colaboração dos cidadãos no processo de decisão nas três esferas governamentais – União, estados e municípios –, promove significativos progressos no enfrentamento dos agravos e reduz a lacuna existente na conotação subjetiva de decisões ao consolidar a informação em saúde como uma prática fundamentada em evidências.

Ademais, com a finalidade de decidir conscienciosamente, os diversos usuários de informação em saúde precisam de informações válidas, confiáveis e atualizadas de quadros de referência mental e/ou modelos analíticos que lhes auxiliem a articular o conjunto das informações disponíveis, de forma a obterem uma compreensão suficientemente ampla e próxima da realidade (SOUZA, 2014).

Nesse contexto, destaca-se a necessidade de se disponibilizar informação de qualidade, exata, atualizada, de fácil entendimento, em linguagem objetiva e cientificamente fundamentada (CREMESP, 2005), e que responda às necessidades informacionais dos usuários, as quais, por sua vez, estejam alicerçadas em uma proposta dialógica (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Em sua ótica, Teixeira (2004) reforça esse entendimento ao postular que

[...] a informação em saúde necessita de ser clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada. Esta personalização significa que a informação é “à medida” das necessidades de informação do utente naquele momento, adaptada ao seu nível cultural e adaptada ao seu estilo cognitivo (TEIXEIRA, 2004, p. 617).

Quites (2016) dispõe que é de suma importância a qualidade informacional na esfera pública com a finalidade de avaliar determinada situação sanitária, a fim de que, *a posteriori*, sejam tomadas decisões que se alicercem em evidências e realizadas ações efetivas e eficazes em saúde pública.

A OMS define que a literacia em saúde engloba os fenômenos cognitivos e sociais, bem como a capacidade dos indivíduos de acessar, compreender e usar a informação para lhes proporcionar boa saúde (WHO, 1998b). Trata-se, pois, do processo de tomada de decisão em saúde fundamentada nas vivências do cotidiano e no uso do sistema de saúde, dando às pessoas a possibilidade de controlar a sua saúde, a capacidade de buscar informação e de assumir responsabilidades.

No entendimento de Teixeira (2004, p. 618), a literacia em saúde “é a capacidade para ler, compreender e lidar com informação de saúde”, levando-se em consideração as desigualdades de oportunidades no que tange à comunicação em saúde para as pessoas diante dos contextos social, econômico e educacional. A partir desse aspecto, o autor define como baixa literacia de saúde dos utentes a dificuldade em compreender de fato qual é o seu estado de saúde, a primordialidade de mudanças comportamentais, de adesão a tratamentos e de autocuidados (TEIXEIRA, 2004).

Diante do exposto, sob a perspectiva de Teixeira (2004), a comunicação efetiva e a informação em saúde exercem considerável influência nos níveis individual e coletivo, dado que a informação permeia e move as ações de saúde e promove o empoderamento social no âmbito da saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

No tocante ao nível individual, auxilia na conscientização dos riscos para a saúde, pode servir de motivação para a mudança de comportamento, com vistas à proteção da saúde e pode promover uma adequação ao uso de recursos e de serviços de saúde.

No nível comunitário, por seu turno, os processos de comunicação e de informação em saúde podem produzir melhoria na acessibilidade aos serviços de saúde, tornando exequível o estabelecimento de normas que venham a colaborar com a saúde e com a qualidade de vida das pessoas, também promovendo transformações benéficas nos ambientes físicos e socioeconômicos.

Com a visão de Alentejo (2016), pode-se acrescentar que a qualidade da informação amplia o entendimento do acesso democrático à informação em saúde, uma vez que passa a eliminar obstáculos, a dar equidade ao acesso e a oferecer a garantia de direitos à saúde.

Ademais, corrobora essa assertiva González de Gómez (2004), que identifica a informação como um bem social capaz de promover melhoramentos e progressos na vida social, cultural e política do indivíduo, com o relevante aspecto de se constituir em um fato de direito à cidadania.

Em se tratando da informação em saúde, esta colabora para que haja o aperfeiçoamento e a melhoria da qualidade tanto da prevenção quanto da assistência no âmbito do SUS. Observa-se, então, a importância conferida à informação em saúde e ao controle social, conceitos estratégicos e essenciais para a organização e para o funcionamento do sistema (SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

A área da saúde passa por uma explosão informacional, e, portanto, sem poder se restringir tão somente aos registros bibliográficos tradicionais, deve recorrer a novas técnicas, conceitos e teorias que surgem a fim de auxiliar na definição do recurso informacional mais adequado e de fortalecer a interlocução contínua entre os diversos sujeitos sociais e os setores de saúde (PETINARI *et al.*, 2009).

Portanto, à luz dos pressupostos apresentados, pode-se constatar que tem aumentado a divulgação, pelos diversos meios de comunicação, de informações, dados e conhecimentos referentes a pesquisas em saúde, a doenças, a diagnósticos e a tratamentos, entre outros, o que representa um avanço e uma evolução na transmissão da informação em saúde.

O desafio para o setor, destarte, consiste em tornar essa informação mais acessível aos usuários gerais, oferecendo a informação de forma mais adequada e objetivando que qualquer sujeito social se aproprie do conhecimento de forma clara e ágil (SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

2.4 Prática Informacional

Os chamados estudos de usuários da informação representam uma importante temática da CI, com um arcabouço teórico de pesquisa consolidado e com larga tradição nessa ciência (TERTO; DUARTE, 2014), no qual se encontra ancorado o aporte conceitual de práticas informacionais (ROCHA; GANDRA; ROCHA, 2017).

Na concepção de Baptista e Cunha (2007), destacam-se dois marcos na história dos estudos de usuários. No primeiro, na década de 1930, buscou-se delinear as características populacionais da cidade americana de Chicago em virtude da grande imigração, tendo em vista oferecer aos novos moradores informações que viessem a promover a socialização e a minimizar as diferenças sociais, culturais e políticas, por intermédio tanto da *Graduate Library School da University of Chicago* quanto de diversos outros instrumentos sociais.

O segundo marco ocorreu durante a Conferência da *Royal Society* de Londres, em 1948, quando foram realizados estudos a respeito da necessidade, da busca e do uso da informação por cientistas e técnicos por ocasião da Guerra Fria, o que provocou na CI relevante impacto devido ao valor da informação, posto que esta é compreendida pelos fluxos informacionais, por seus resultados e efeitos (BERTI, ARAÚJO, 2017; BETTIOL, 1990; FIGUEIREDO, 1994).

Ferreira (1995) aponta que as investigações do campo dos estudos de usuários, voltadas para os consulentes, inicialmente foram denominados estudos de comunidades, estudos dos usos de informação, comportamento informacional e, posteriormente, com menor incidência, práticas informacionais.

Tem-se que, primeiramente, o entendimento do conceito de práticas informacionais estava vinculado aos estudos de comportamento informacional (*Information Behavior*), que, por sua vez, priorizava o comportamento individual em detrimento das interações presentes em comportamentos coletivos, concentrando-se na maneira como cada pessoa pensa, sente e age individualmente, em resposta às necessidades de informação (ROCHA; DUARTE; DE PAULA, 2017).

Destaque-se que, para Savolainen (2007), os conceitos de práticas informacionais e de comportamento informacional são compreendidos como se

fossem um guarda-chuva para designar as diversas atividades exercidas pelos indivíduos ao fazerem uso da informação. Não obstante, tais definições estão associadas a perspectivas teórico-metodológicas diferenciadas, posto que a visão de comportamento informacional se associa ao enfoque cognitivo da CI (SAVOLAINEN, 2007; GANDRA; DUARTE, 2013; ARAÚJO, 2016), ao passo que o conceito de práticas informacionais se une à abordagem do construcionismo social e à *práxis* das estruturas sociais do conhecimento (ROCHA; GANDRA; ROCHA, 2017; BERTI, ARAÚJO, 2017; GERGEN, 1985), isto é,

[...] as práticas são realizações com significados intersubjetivamente compartilhados e conformadas por acordos coletivos – acordos normalmente tácitos, compartilhados por comunidades de justificação ou comunidades de prática. Para que exista prática, é necessário existir conhecimento compartilhado pelos membros que a realizam (ROCHA; GANDRA; ROCHA, 2017, p. 99).

Ademais, ressaltam-se ainda outras distinções: no comportamento informacional, o que promove a interação entre indivíduos e informação são motivos e necessidades frequentemente individuais, sendo que, na prática informacional, segue-se uma abordagem investigativa conduzida sociologicamente e contextualmente (TALJA, 2005; SAVOLAINEN, 2007; ROCHA; DUARTE; DE PAULA, 2017).

Em concordância com esse pensamento, Rocha, Duarte e De Paula (2017) descrevem que, em relação às pesquisas, no tocante ao comportamento informacional, aborda-se o sujeito cognitivo individual quando a busca de informação é provocada pela necessidade informacional. Quanto às práticas informacionais, considera-se a vida cotidiana e a casualidade do encontro da informação pelo sujeito, que não percebe a existência de lacuna informacional, vez que o usuário representa papéis sociais diferentes e posições que podem variar de acordo com a conjuntura social (TALJA, 1997).

Todavia, a partir da década de 1990, ganham força pesquisas com vistas ao aprofundamento de questões relativas ao contexto social e cultural dos estudos dos usuários, na busca de novas teorias e abordagens metodológicas voltadas para a compreensão da coletividade (GANDRA; DUARTE, 2012; TALJA, 1997; ARAÚJO, 2016), transcendendo o “pensamento subjetivista presente nas abordagens cognitivas” (ROCHA; GANDRA; ROCHA, 2017, p. 99) e o enquadramento proposto pelos modelos de comportamento informacional (ROCHA; GANDRA; ROCHA, 2017).

Desse modo, o conceito de práticas informacionais passa a ser adotado como uma alternativa ao preceito de comportamento informacional.

Essa adoção, portanto, levaria em consideração as interações determinadas por indivíduos e informação, quando o conhecimento e a informação são construídos continuamente, de forma coletiva e social, por sujeitos ativos (ARAÚJO, 2013; ROCHA; DUARTE; DE PAULA, 2017). Agrega-se a essa assertiva a visão de Savolainen (2007) de que todo processo de busca de informação é uma prática social e, para se apreenderem as práticas informacionais, faz-se necessário estudar as práticas sociais (ROCHA; GANDRA; ROCHA, 2017), dado que “[...] seria inviável desvelar as práticas informacionais sem que o contexto social seja investigado” (ROCHA; GANDRA; ROCHA, 2017, p. 99).

Dessa forma, corroborando esse preceito, Marteleto (1995, p. 92) considera que

Toda prática social é uma prática informacional – expressão esta que se refere aos mecanismos mediante os quais significados, símbolos e signos culturais são transmitidos, assimilados ou rejeitados pelas ações e representações dos sujeitos sociais em seus espaços construídos e concretos de realização (MARTELETO, 1995, p. 92).

Nesse sentido, é relevante considerar a informação que se associa à vida cotidiana, às ações e representações das pessoas, de tal modo que as abordagens devem ser relativas ao contexto e não apenas ao pensamento dos indivíduos (BERTI; ARAÚJO, 2017), bem como entender os sujeitos como protagonistas de suas ações perante os acontecimentos do mundo, incluindo a informação, pois, como é um produto da coletividade, o indivíduo constrói significados (SAVOLAINEN, 1995; SILVA, 2008).

Isso posto, ao discorrer sobre o caráter emergente e inovador dessa temática na CI, Talja (1997) destaca que a abordagem das práticas informacionais não seria “*system-centered* (como os estudos de uso da informação), tampouco *user-centered* (como os estudos de comportamento informacional), mas sim *Knowledge formation-centered*, que analisa como o usuário adota diversas condições de sujeito diante do contexto e de sua posição social, também interferindo no que é coletivo, embasando-se, portanto, na perspectiva socioconstrucionista (SAVOLAINEN, 1995) de que o “individual e o social também são considerados como interdependentes” (SAVOLAINEN, 2007).

Ante ao exposto, cabe ressaltar que têm sido empreendidos esforços no sentido de ampliar e fomentar, na agenda de pesquisa da CI, estudos acerca de práticas informacionais (ARAÚJO, 2010), privilegiando investigações e descrições dos fenômenos relacionados à busca, ao uso e ao compartilhamento das informações que abarquem a abordagem social da informação (PINTO; ARAÚJO, 2012; SAVOLAINEN, 2007) e a construção social dos processos informativos (ARAÚJO, 2008), em razão de que os artefatos informacionais e os indivíduos são construções históricas e sociais, formando a coesão e a instituição da sociedade (MARTELETO, 1995). Ainda nesse sentido, salienta Araújo (2016, p. 63) que “no Brasil, contudo, ainda existem poucas pesquisas [...] que se realizam a partir da perspectiva construcionista e pragmatista das práticas informacionais”.

Outrossim, soma-se a essa problemática o fato de que tanto a abordagem tradicional ou paradigma físico quanto a abordagem alternativa ou paradigma cognitivo referentes aos estudos de usuários da informação, distinguidos por Ferreira (1997) e Baptista e Cunha (2007), não abrangem as questões complexas da formação e constituição social dos sujeitos, uma vez que não levam em consideração a dimensão no âmbito social e histórico da ação, dando ênfase apenas à ação individual (PINTO; ARAÚJO, 2012).

Postulam Gandra e Duarte (2012, 2013), Araújo (2010, 2016), Gasque e Costa (2010) e Talja (1997) que ocorre uma grande limitação quando não é considerado relevante o contexto social e cultural tanto na abordagem tradicional quanto na abordagem alternativa.

Em aditamento, tem-se que a abordagem tradicional, originada entre as décadas de 1960 e 1980, compreendia a informação como “objetiva, aplicada especialmente na avaliação de coleções, indicadores de uso e sistemas de informação, relacionada ao ‘dado’, em que os significados e importância estão em si mesmos” (BERTI; ARAÚJO, 2017, p. 391); similarmente, Ferreira (1995, p. 219) afirma que “a abordagem tradicional coloca a informação como externa, objetiva, alguma coisa que existe fora do indivíduo”.

Note-se que estudos e pesquisas que contemplam o paradigma físico têm caráter predominantemente quantitativo, cujo objetivo é determinar o grau de satisfação dos usuários em relação a um serviço ou mesmo ter conhecimento das fontes de informação mais utilizadas (TERTO; DUARTE, 2014), bem como possuem

“a finalidade de avaliar a qualidade do acervo, dos serviços oferecidos pela biblioteca e o nível de (in) satisfação do público” (CASTRO, 2000, p. 226).

Consoante a esse prisma, Araújo (2008, p. 4) define:

[...] os primeiros estudos de usuários de informação, buscavam, então, estabelecer uma série de indicadores demográficos, sociais e humanos das populações atendidas pelas bibliotecas [...], mas com um foco muito particular: o levantamento dados, como uma espécie de diagnóstico, para o aperfeiçoamento ou a adequação dos produtos e serviços bibliotecários (ARAÚJO, 2008, p. 4).

Rocha, Gandra e Rocha (2017, p. 97) acrescentam que “[...] em termos metodológicos, tomam o usuário como objeto de estudo de uma perspectiva objetificante, trans-situacional, descontextualizada e desistoricizada (objetividade positivista)” na qual se consideravam os usuários apenas “como processadores da informação” (BERTI; ARAÚJO, 2017, p. 392).

Apesar dos avanços advindos das contribuições da abordagem tradicional à CI, esses estudos apresentavam-se desvinculados da realidade social (LIMA, 1994) dos usuários e desconsideravam o aspecto subjetivo de tornar própria a informação, na busca de avaliar o uso das fontes e dos serviços de informação, deixando de utilizar as funções organizacionais na estrutura social e na apropriação da informação pelos sujeitos (PINTO; ARAÚJO, 2012). Além disso, não percebiam que o indivíduo é concebido de forma dual – ser individual/ser social –, de modo que se depreende como relevante a adequação do indivíduo ao contexto da sociedade global (DURKHEIM, 2002).

Em paralelo, estudos e pesquisas que se pautam pela abordagem alternativa, desenvolvidos por autores como Belkin (1980), Wilson (1981), Dervin (1983), Taylor (1986), Ellis (1989) e Kuhlthau (1991) produziram modelos para o entendimento de como se comportam os usuários diante da informação, sendo que se “toma o usuário como um sujeito, com seus estados cognitivos, afetivos e situacionais envolvidos no contato com a informação (abordagem subjetivista)” (ROCHA; GANDRA; ROCHA, 2017, p. 97).

Todavia, segundo a concepção de Pinto e Araújo (2012), ainda tal assertiva não avalia a problemática social, tornando-a limitada, na busca apenas de predeterminar os comportamentos dos usuários.

Sob o enfoque de Rocha, Gandra e Rocha (2017), a abordagem cognitivista não analisa em seus estudos, de forma aprofundada, a função constitutiva do contexto.

Portanto, segundo esse paradigma cognitivo, Capurro (2003) discorre que havia a compreensão dos sujeitos informacionais como seres isolados de um contexto social:

[...] os limites do paradigma cognitivo se apoiam precisamente na metáfora, ou *pars pro toto*, de considerar a informação ou como algo separado do usuário localizado em um mundo numênico [...] deixando de lado os condicionantes sociais e materiais do existir humano (CAPURRO, 2003, p. 14).

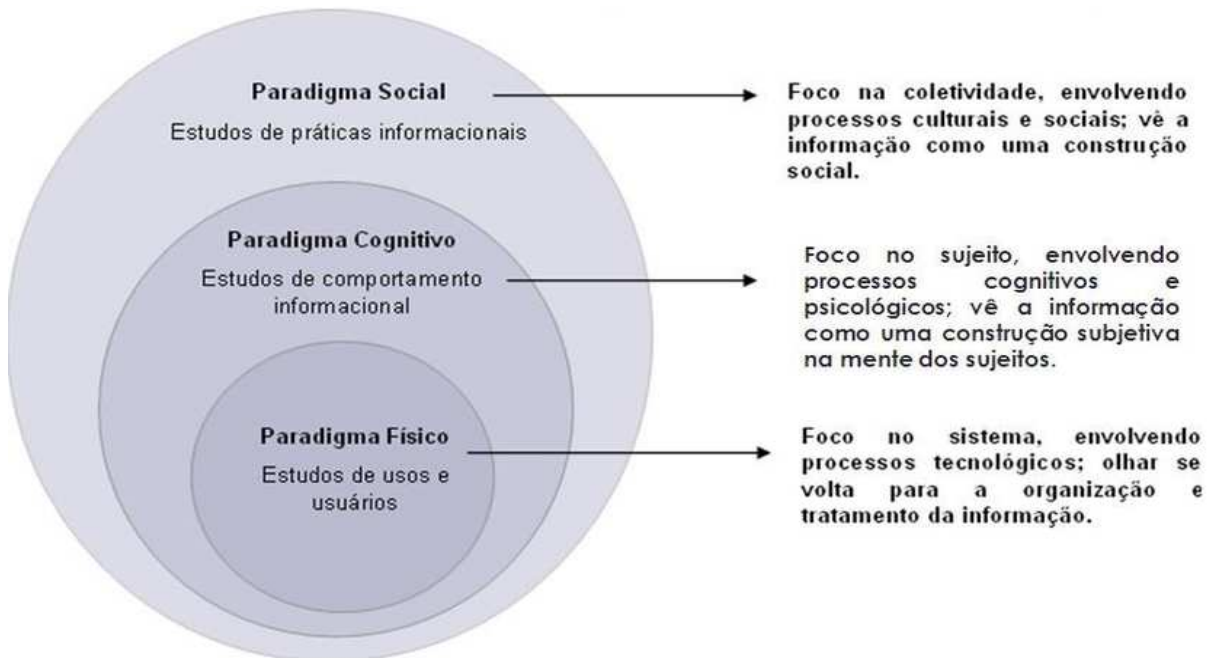
Ferreira (1995) postula que, apesar dos progressos em relação aos estudos do paradigma cognitivo, tem-se que essa abordagem sofreu críticas por levar em consideração apenas o aspecto cognitivo dos sujeitos, ignorando outros aspectos que também influenciam suas ações. Frohmann (2006) teoriza sobre os regimes de informação e também tece críticas à abordagem cognitiva que considera os sujeitos como seres isolados no mundo, ignorando as dimensões econômica, política, social e cultural que os cercam, sendo que o objeto informação contempla, além dos aspectos físicos e cognitivos, o aspecto social (FROHMANN, 2006; BERTI; ARAÚJO, 2017).

Destarte, com a finalidade de pontuar as limitações existentes nos paradigmas físico e cognitivo, objetiva-se dar maior relevância ao contexto social do usuário, de modo que, em 1990, novos estudos passam a buscar compreender os sujeitos e as ações inerentes aos contextos históricos, sociais, culturais, políticos e econômicos em que se apoia a abordagem social dos estudos dos usuários, na qual se fundamentam os estudos de práticas informacionais (GANDRA; DUARTE, 2013; ARAÚJO, 2017).

Araújo contribui com essa perspectiva ao afirmar que “o paradigma social vem para problematizar aspectos de como a definição de critérios de qualidade e valor da informação é construída socialmente, e atravessada por fatores históricos, culturais, políticos, sociais e econômicos” (ARAÚJO, 2010, p. 35). Além disso, o paradigma social orienta-se para a constituição social dos processos informacionais (ARAÚJO,

p. 13). Em razão do exposto, a Figura 4 ilustra essas abordagens, como também destaca os seus principais objetos de estudo¹².

Figura 4. Abordagens da Ciência da Informação e estudos de usuários



Fonte: Gandra e Duarte (2013, p. 7), fundamentado em Capurro (2003) e Morato Nascimento (2006).

Nesse sentido, observa-se que a abordagem da prática informacional suplantaria os estudos ora centrados no sistema, ora centrados no usuário (ROCHA; GANDRA; ROCHA, 2017), pois, com a finalidade de entender as práticas informacionais, há de se englobar o contexto histórico e social vivenciado pelo sujeito, levando em consideração que a subjetividade é inerente à estrutura social, dado que “o individual é, dessa forma, apreendido como resíduo do elemento coletivo” (DURKHEIM, 1977).

Logo, objetivando o desenvolvimento de um método ou análise crítica a respeito de tal assertiva, busca-se o respaldo das categorias de análise advindas da Sociologia prática para auxiliar o entendimento da relação entre o indivíduo, a prática

¹² É importante ressaltar que cada paradigma propõe analisar os fenômenos informacionais enfocando diferentes aspectos do fenômeno informacional e que cada um deles contribui para o enriquecimento da CI (GANDRA; DUARTE, 2012).

informacional e a sociedade (BOURDIEU, 1983), promovendo a “mediação entre o agente social e a sociedade, homem e história” (ORTIZ, 1983, p. 14).

Por conseguinte, com vistas a compreender as práticas informacionais no âmbito dos estudos de uso da informação, aliando-se às condições objetivas da sociedade, ou seja, a relação de produção que determina a estrutura social e as apropriações subjetivas da informação pelos sujeitos, bem como os processos de produção, distribuição e consumo da informação (PINTO; ARAÚJO, 2012; ARAÚJO, 2016; MARTELETO, 1995), faz-se mister considerar as categorias de análise propostas por Bourdieu (1983), a saber: *habitus* e campo social.

Bourdieu (1983) introduz a noção de *habitus* como um produto derivado das relações sociais que formam o indivíduo, motivando suas ações em torno de um contexto. O *habitus* se constitui, portanto, nas vivências que a pessoa assimila tanto por meio da vida em família, definida como *habitus* primário, quanto por meio da sua formação escolar e dos ambientes que frequenta, o que se considera *habitus* secundário. Desse modo, o indivíduo age tendo como inferência as circunstâncias por ele vivenciadas e o seu *habitus*, o que reúne suas ideias, escolhas, preferências e visão de mundo alicerçados, primeiro, pelo contato com a família, e, segundo, com a escola e demais ambientes em que exerce suas relações sociais.

“O *habitus* tende, conseqüentemente, a conformar e a orientar a ação, mas, na medida em que é produto das relações sociais, ele tende a assegurar a reprodução dessas mesmas relações objetivas que o engendraram” (ORTIZ, 1983, p. 15), como também explicitado na seguinte citação de Bourdieu (1972), no sentido de um

[...] sistema de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes, isto é, como princípio que gera e estrutura as práticas e as representações que podem ser objetivamente ‘regulamentadas’ e ‘reguladas’ sem que por isso sejam o produto de obediência de regras, objetivamente adaptadas a um fim, sem que se tenha necessidade da projeção consciente deste fim ou do domínio das operações para atingi-lo, mas sendo, ao mesmo tempo, coletivamente orquestradas sem serem o produto da ação organizadora de um maestro (BOURDIEU, 1972, p. 175).

Em vista disso, conceitua-se *habitus* como aquilo que representa ação concreta e dinâmica dos indivíduos em virtude do que adquiriram em sua formação histórica e social perante o processo de aprendizagem formal e informal. Os *habitus*, assim adquiridos, proporcionam aos agentes sociais determinado sentido prático no convívio

social, bem como determinam um conjunto de percepção, apreciação e ação nos cenários sociais (PINTO; ARAÚJO, 2012).

Savolainen (1995) contribui com essa premissa ao designar que o “[...] *habitus* pode ser definido como um sistema socialmente e culturalmente determinado de pensamento, percepção e avaliação, internalizado pelo indivíduo” (SAVOLAINEN, 1995, p. 261-262), uma vez que a informação e a cultura interagem por sua própria natureza (MARTELETO, 1995).

Por esse prisma, Geertz (1989, p. 4) defende o ponto de vista de que “o homem é um animal amarrado a teias de significação que ele mesmo teceu e assumindo a cultura como sendo essas teias”. Diante de tal definição, tem-se, também, a contribuição de Geertz (1978, p. 188) acerca da cultura e da informação, que se fundamenta na seguinte questão:

A primeira – funcionando como uma memória, transmitida de geração em geração, na qual se encontram conservados e reproduzíveis todos os artefatos simbólicos e materiais que mantêm a complexidade e a originalidade da sociedade humana – é a depositária da informação social. Por essa mesma razão, pode ser considerada como a genoteca da sociedade humana. Nela, os padrões culturais – religioso, filosófico, estético, científico ou ideológico – funcionam como programas ou gabaritos para a organização dos processos sociais e psicológicos, de forma semelhante aos sistemas genéticos, que fornecem tal gabarito para a organização dos processos orgânicos. Esses padrões representam fontes extrínsecas de informação, em cujos termos a vida humana pode ser padronizada, funcionando como mecanismos extrapessoais para a compreensão, julgamento e manipulação do mundo (GEERTZ, 1978, p. 188).

Ao se seguir essa lógica, compreende-se que o objeto informação constitui-se na memória, acepção e compartilhamento dos fenômenos culturais, quando ocorre a ligação entre as dimensões conjuntista-identitária e imaginária, posto que tanto o funcionamento da instituição da sociedade quanto a produção e reprodução da dinâmica cultural ocorrem pelo modo informacional (MARTELETO, 1995).

Ao observar essa visão, Bourdieu (1980, p. 102) destaca que

[...] o *habitus* possui uma dimensão inconsciente para os sujeitos, uma vez que estes não detêm a significação da pluralidade de seus comportamentos e nem dos princípios que estão na gênese da produção dos seus esquemas de pensamentos, percepções e ações: [...] o *habitus* tende a assegurar sua própria constância e a sua própria defesa contra a mudança através da seleção que ele opera entre as informações novas, rejeitando, em caso de exposição fortuita ou forçada, as informações capazes de colocar em questão a informação

acumulada e sobretudo desfavorecendo a exposição a tais informações (BOURDIEU, 1980, p. 102).

Destarte, para Bourdieu (1983), o *habitus* representa o conjunto de pensamentos, costumes e valores assimilados pelo indivíduo, com o qual ele se orienta e pratica suas ações sociais. Dá-se à reunião de tais práticas a denominação de campo, que determina a entrada, a saída e a permanência dos indivíduos que agregam as estruturas objetivas existentes no ambiente em que se situam. Ainda na acepção de Bourdieu (1983), o campo caracteriza-se por ter a particularidade de um espaço em que são manifestadas as relações de poder, denotando-se a desigualdade na distribuição de “um *quantum* social que determina a posição que um agente específico ocupa em seu seio” (BOURDIEU, 1983, p. 21).

Quanto à concepção de campo, define Ortiz (1983, p. 19) que “o campo refere-se ao espaço onde as posições dos agentes se encontram *a priori* fixadas”, tornando adequada a ação subjetiva e a objetividade social, posto que o indivíduo age em um campo socialmente predeterminado (ORTIZ, 1983).

Segundo Marteleto (1995), a definição de campo dar-se-ia a partir do domínio das práticas dos agentes sociais quando é demandado o esquema perceptivo, o qual, por sua vez, vem a orientar as suas representações e ações, assim como a de outros agentes, no âmbito das posições sociais. Ocorre, portanto, a reunião entre o *habitus* e o campo social quando o agente social se expõe e é exposto em tais condições.

Associa-se à acepção de campo social as subdivisões que ocorrem de forma mais ampla no contexto cultural pelo fato de terem certa autonomia em relação a seu funcionamento, pois passam a ser institucionalizadas quando os agentes sociais agem conforme as regras estabelecidas por cada campo específico. Depende, portanto, de seus *habitus*, a participação ou não dos sujeitos em determinados campos, uma vez que se pressupõem a posse e a utilização do acervo cultural proporcionado tanto pela família quanto pela experiência obtida na escola e nas práticas sociais (BOURDIEU, 1980).

Com a finalidade de relacionar os conceitos *habitus* e campo, torna-se relevante o reconhecimento de que os agentes sociais se posicionam em um espaço social de acordo com sua origem e categoria social, pois é por meio do prisma do lugar em que se encontram na estrutura social que passam a elaborar suas representações e a executar suas ações. Conforme as posições sociais que ocupam,

compostas pelas diferenciações entre meios e fins que se comportam como um “campo de forças”, os agentes passam a contribuir para que a estrutura de posições seja conservada ou até mesmo transformada (BOURDIEU, 1989).

Se por um lado o campo está associado com a forma de estruturação do espaço social, por outro o *habitus* contempla os sujeitos e como estes se enquadram no sistema de posições sociais (PINTO; ARAÚJO, 2012; MARTELETO, 1995). Corrobora esse pensamento Savolainen (1995), que afirma que o *habitus* norteia as escolhas no cotidiano, e, conseqüentemente, o modo de vida.

Entende-se que as práticas dos sujeitos, que possuem gostos, percepções e maneiras distintas de compreender a realidade, quando assimiladas pelo *habitus*, promovem o *habitus* coletivo e sustentam a estruturação do campo. O campo, por sua vez, constitui-se pelas ações, representações e relações sociais, formando a “estrutura objetiva que define as condições sociais de produção do *habitus*” (BOURDIEU, 1983, p. 65). O conceito de campo busca consolidar a informação como uma expressão cultural de sujeitos dispostos pela estrutura (NASCIMENTO; MARTELETO, 2004). Em consonância com essa afirmação, Bourdieu (1998, p. 160) define que “efetivamente, o espaço social se retraduz no espaço físico”.

Na concepção de Pinto e Araújo (2012, p. 225),

[...] as ações de se informar ou de se produzirem ou se disseminarem informações estão submetidas a essa dialética entre o *habitus* e a situação vivida que leva o sujeito a buscar, produzir ou disseminar informações. Isso acontece num campo social, no qual o sujeito ocupa determinada posição e utiliza do seu capital específico, no caso, o capital informacional, para a realização de suas práticas informacionais. Assim, as ações de produção, busca, recepção e apropriação das informações devem ser compreendidas a partir das posições ocupadas pelos sujeitos na estrutura social que determinam o *quantum* de capital informacional esses sujeitos dispõem para suas ações cotidianas (PINTO; ARAÚJO, 2012, p. 225).

Nesse sentido, ao se considerar as contradições sociais e as relações de poder com a aplicação das definições de *habitus* e de campo social, almeja-se o aprimoramento no sentido de mensurar comportamentos de busca, de apropriar e disseminar a informação, tomando como fundamento tais contradições durante a realização das práticas informacionais pelos indivíduos (PINTO; ARAÚJO, 2012).

Portanto, Marteleto (1995, p. 91) postula que o “estudo das práticas informacionais considera os significados atribuídos pelos sujeitos durante as ações de

buscar, usar e disseminar informações nos espaços constituídos e concretos de realização”, e se considera que tanto as necessidades quanto os usos da informação estão socialmente associados, construídos e ligados diretamente aos contextos vivenciados e à vida cotidiana (*everyday life*) dos usuários (TALJA, 1997; ARAÚJO, 2016; SAVOLAINEN, 1995). Aproxima-se assim a natureza do mundo social, por meio da experiência subjetiva do sujeito e da significação das vivências da consciência (HUSSERL, 2008), pois se entende que as pessoas organizam suas experiências relativas ao mundo social na vida cotidiana, expressa e representada por meio da linguagem, de sinais e do modo objetivo com que os sujeitos interagem e transmitem conhecimento (BERGER; LUCKMANN, 2004).

Savolainen (1995; 2017) inova a abordagem do estudo das práticas informacionais ao considerar o estudo da informação na vida cotidiana (*Everyday Life Information Seeking – ELIS*) nas rotinas diárias da vida. Este autor examina a natureza da vida comum; dos modos de vida dos indivíduos, tendo em vista suas necessidades informacionais, busca, acesso e uso da informação em conjunturas que ultrapassam a arena do mundo corporativo do trabalho, para outras áreas de interesse do contexto diário humano, tais como informações de saúde e de entretenimento.

O mesmo Savolainen (1995; 2017) amplia para uma compreensão mais diversificada e plural dos sujeitos informacionais, considerando que para haver uma maior compreensão destes, deve-se reflexionar sobre uma perspectiva “mais condizente com àquilo que as pessoas efetivamente são” (ARAÚJO, 2017, p. 229), bem como sobre seus papéis na sociedade. Ademais, esta ampliação, também, se dá no espectro do estudo dos diversos perfis de usuário, posto que os estudos de usuários, a princípio, costumavam favorecer a investigação de alguns grupos sociais “em contextos institucionalizados, formalizados e produtivos” (ARAÚJO, 2008, p. 2).

Logo, os estudos de usuários da informação referiam-se com maior ênfase aos estudos de necessidades de informação dos “cientistas, tecnólogos, gerentes, e seus respectivos contextos de ciência & tecnologia, pesquisa & desenvolvimento, empresas e organizações em oposição a outros atores sociais e seus contextos” (ARAÚJO, 2008, p. 2). Desse modo, afirma-se que a CI estaria “ligada à resolução de problemas das elites, das classes e grupos privilegiados no contexto social, e que deveria reverter este quadro em função dos grupos sociais historicamente desfavorecidos” (ARAÚJO, 2008, p. 8).

Figueiredo (1994, p. 9) designa que

De maneira geral, os grupos de usuários estudados, foram, primeiramente, os cientistas das ciências puras; a seguir, os engenheiros. Na década de 60, a ênfase foi para os interesses dos tecnólogos, bem como dos educadores. A década de 70 tem sido dedicada aos estudos das necessidades dos cientistas sociais e dos altos escalões da administração governamental (FIGUEIREDO, 1994, p. 9).

A *posteriori* há, então, um movimento de inserção “dos excluídos informacionais”, visando sanar os “[...] problemas da desigualdade do acesso à informação” (ARAÚJO, 2008, p. 8), sendo que na nova abordagem dos estudos dos usuários, elaborada pelos pesquisadores da CI, entende-se que, em razão da reflexão da própria responsabilidade social da CI, faz-se necessário promover a inclusão social dos indivíduos.

Savolainen (2017) ressalta a importância de ampliar o estudo das práticas informacionais, com vistas a valorizar a diversidade e pluralidade dos sujeitos informacionais para melhor compreensão do processo de resolução de problemas informacionais. A adoção desta contemporânea racionalidade e legitimidade tem permitido “avançar teórica, conceitual e metodologicamente para a compressão desse complexo objeto de estudo que são os usuários da informação” (ARAÚJO, 2008, p. 13).

Araújo (2008, p. 8) afirma, ainda, que a partir desta ruptura busca-se

[...] estudar outros usuários da informação (ou os não usuários) que não aqueles tradicionalmente contemplados nos estudos em voga; operários, empregadas domésticas, membros de movimentos sociais, leitoras de romances populares, moradores de bairros periféricos nos grandes centros urbanos, entre outros. Os estudos, ao contemplarem aspectos como leitura, condição de cidadania, poder, etc., inserem constantemente os usuários em seus contextos concertos de vida – seu pertencimento a classes socioeconômicas, seus vínculos comunitários, sua posição na construção do poder, da informação e das condições de produção do conhecimento (ARAÚJO, 2008, p. 8).

Savolainen (1995) e Araújo (2008) expandem o uso da informação, tal como em pesquisa científica, no desenvolvimento de tecnologias e atividades produtivas, na inteligência competitiva, entre outras, para outros possíveis modos de utilização da informação.

Como explicitado por Savolainen (2008, p. 142),

No geral, os achados confirmam os resultados de estudos que sugerem que as questões relacionadas à saúde e ao consumo **tendem a desencadear** [grifo nosso] a maioria dos processos de busca de informações específicas para os problemas do dia a dia (SAVOLAINEN, 2008, p. 142, tradução nossa)¹³.

Agosto e Hughes-Hassell (2005) definem que os indivíduos demandam esforços com a finalidade da busca, do uso, da recuperação e da apropriação da informação que não estão somente relacionadas com o trabalho e com pesquisas acadêmicas ou escolares, mas também com a busca e o uso de artefatos informacionais situados nas suas práticas cotidianas, nas rotinas do seu dia a dia, no decurso de suas ações, ou seja, “nas atividades corriqueiras da vida ordinária” (COULON, 1995, p. 11), conforme suas perspectivas e interações culturais e sociais.

Ademais, faz-se necessário considerar a perspectiva de prática advinda da fenomenologia social e a reciprocidade de perspectivas (SCHUTZ, 1979) da distribuição social do conhecimento, com vistas a favorecer a compreensão de interações sociais (GANDRA; DUARTE, 2012), com foco na “partilha das significações, uma prática essencialmente hermenêutica e dialética que busca resposta nas convenções da realidade social” (BERTI; ARAÚJO, 2017, p. 396).

Schutz (1979) discorre que ao longo da vida as pessoas experimentam diversas circunstâncias e acontecimentos, os quais variam para cada uma, vez que estas se encontram em diferentes situações biográficas.

Nesse contexto, para compreender o modo pelo qual os sujeitos atribuem significados às ações cotidianas relacionadas à informação, torna-se fundamental analisar os conceitos, a saber:

- (i) A consciência coletiva de Durkheim (1977), que aponta para a existência de uma realidade geral, objetiva e exterior ao sujeito, sem consciência individual, na qual o espaço social liga os indivíduos a partir de uma consciência coletiva e promove as relações entre as representações coletivas e as práticas sociais;
- (ii) O conceito de relevância no âmbito das práticas informacionais, pois este influencia as escolhas e o modo pelo qual o usuário agrega valor e significado à informação que ele necessita, busca e utiliza, de acordo com os padrões outorgados às dimensões histórica e sociocultural (GANDRA; DUARTE, 2013).

¹³Overall, the findings confirm the results of studies suggesting that health and consumption related issues **tend to trigger** [my emphasis] most process of problem-specific information seeking in everyday contexts (SAVOLAINEN, 2008, p. 142).

Na mesma linha de pensamento, para Isah (2009) as pesquisas sobre práticas informacionais compreendem os processos informacionais influenciados por dimensões socioculturais, bem como pelas relações dialógicas presentes no contexto em que tais práticas ocorrem. Sua perspectiva, ao considerar a abordagem socioconstrucionista, postula que, quando da busca, o uso e o compartilhamento da informação são tidos como práticas sociais, sendo que as atividades informacionais são orientadas por sujeitos ativos, que, por sua vez, consolidam a informação a partir de interações sociais em um domínio ou comunidade (HARLAN, 2012; MCKENZIE, 2003; SAVOLAINEN, 2007; ROCHA; DUARTE; DE PAULA, 2017), renunciando, assim, “[...] às perspectivas metodológicas e teóricas objetivista e subjetivista” (ROCHA; GANDRA; ROCHA, 2017, p. 105).

Por conseguinte, conforme apontam Tuominen e Savolainen (1997), as categorias e os conceitos acrescidos aos processos informacionais não derivam somente da mente dos sujeitos, como também são construídos e reconstruídos a partir de uma contínua negociação processual dos sentidos. Não obstante, de acordo com Castoriadis (1987), esses processos possuem característica social em razão de que apenas têm existência por serem estabelecidos e compartilhados pelo coletivo.

Ante a miríade conceitual ora apresentada, denota-se que, no âmbito da subárea dos estudos de usuários da informação e da CI como um todo, o uso do conceito de práticas informacionais em pesquisas e investigações recentes propõe-se a aperfeiçoar as perspectivas oferecidas pelos fundamentos norteadores do uso e do comportamento informacional.

Ao serem propostos e desenvolvidos novos conceitos, espera-se, portanto, lançar luz sobre determinados aspectos da realidade e a problemáticas não estudadas ou ainda não suficientemente exploradas, bem como àquelas em processo de consolidação no campo de estudos sobre usuários da informação. Trata-se, pois, de um desafio para a pesquisa científica, diante de um cenário teórico favorável para as áreas do saber, compreender os usuários em sua real e efetiva dimensão de complexidade e singularidade, considerando-se que estudos que explorem a relação da CI com essas abordagens são de grande importância, uma vez que “a CI enxerga a informação enquanto um fenômeno social, também construído intersubjetivamente, e dotado de uma dimensão dialética presente na sociedade e nas relações que os atores sociais desenvolvem” (GANDRA; DUARTE, 2012, p. 21).

2.5 Gestão de risco

No âmbito das práticas informacionais e das representações sociais, infere-se que as práticas sexuais são práticas sociais (FERRAZ; PAIVA, 2015) e não devem ser excluídas das situações e das trajetórias sociais que resultam em biografias individuais e contextos sociais (BAJOS *et al.*, 1998); em consonância com esse pensamento, Maksud (2007, p. 151) aponta que

[...] as experiências sexuais são aprendidas, codificadas, estruturadas e elaboradas a partir de um aprendizado social, pela imposição de regras, de múltiplos acontecimentos, da interiorização de habilidades, de um conjunto que assegura uma capacidade para perceber e interpretar certos estados corporais (MAKSUD, 2007, p. 151).

Logo, o ato sexual é uma construção social (RUSSO, 1998), no qual se faz presente o fenômeno da compensação de risco, posto que a estratégia de gerir riscos de infecção pelo HIV/aids está associada aos comportamentos sexuais sem o uso de preservativo (DE LUIZ; SPINK, 2013), no qual tem relevância o efeito social nas concepções de risco e na orientação de comportamentos dos atores sociais (CASTIEL, 1996). Tem-se, então, que a gestão do risco é individual, porém inserida na prática social.

Segundo Underhill (2013), a gestão de risco pressupõe que cada pessoa assume correr certo risco à saúde, estimado de forma subjetiva, na busca das vantagens que algumas práticas podem lhe proporcionar. Na concepção de Beck (2010), a noção de risco é construída socialmente. O risco caracteriza-se como uma categoria sociocultural, composta por valores e significados que compõem o imaginário social (JEOLÁS, 2003).

Nesse sentido, de acordo com Luz (2001, p. 1289), “a linguagem relativa ao risco é situada numa panorâmica sócio-histórica”, em que as práticas comportamentais dos indivíduos estão relacionadas com os valores e as crenças que passam a influenciar as respectivas noções de risco. Portanto, o risco pode ser melhor entendido como um constructo, instituído historicamente e culturalmente (CASTIEL, 1996).

No dia a dia, nós convivemos com o risco nas mais diversas formas (CASTIEL; ALVAREZ-DARDET, 2007; PERRUSI; FRANCH, 2012). A sociedade contemporânea é definida como sociedade do risco, na qual este é considerado fator principal na tomada de decisão de forma racional, posto que o indivíduo molda sua identidade,

traça o seu destino e é autor de sua própria história. Ao fazer escolhas, tem autonomia para agir com racionalidade, de forma ativa e livre, em relação aos comportamentos que minimizam riscos (BECK, 1997; CZERESNIA, 2004).

Entende-se, então, que na sociedade de risco há a racionalização e objetivação do perigo e a utilização de estatísticas, cálculos, probabilidades e prevenção (PERRUSI; FRANCH, 2012), vez que estes “[...] são dispositivos relacionados à produção do saber, ao controle social e à prevenção do risco” (PERRUSI; FRANCH, 2012, p. 184).

O termo articula-se estreitamente “ao sentido de possibilidade – positiva e negativa – e à teoria das probabilidades, incorporando, a partir de então, a ideia de escolha racional, ponderadas as possibilidades de ganhos e de perdas” (JEOLÁS, 2003, p. 95). De acordo com essa premissa, afirma Castiel (1996, p. 239) que “o risco é uma entidade probabilística”.

Castiel (1996) e Gifford (1986) esclarecem que há na probabilidade tanto o aspecto ligado à intuição, à subjetividade, a algo vago, relacionado com uma crença, com incertezas não mensuráveis, quanto ao aspecto objetivo, associado ao que é racional e definido por meio da probabilidade, com incertezas mensuráveis, portanto.

Ratifica essa premissa Bourdieu (1979), ao apontar que, diante do risco, pressupõe-se um modo racional de conduta e de vida em um tempo futuro abstrato em que o imprevisível pode ser mensurado; calculado. Em paralelo, Spink (2001, p. 1278) propõe à perspectiva racionalista uma “triangulação entre cálculo, percepção e gerenciamento dos riscos”, na qual a objetivação do risco ordena crenças, práticas sociais e sobretudo valores. De acordo com Perrusi e Franch (2012) e Castiel (1996), o risco torna-se uma categoria de valor e torna-se ordenador de comportamentos, que compõem a rubrica do estilo de vida.

Para Spink (2007), a noção de risco tem posicionado os indivíduos de duas formas, a saber: estar em risco ou correr riscos, segundo o grau de controle diante da exposição ao risco. Ademais, Spink (2007) cita que os riscos vinculados ao estilo de vida podem ser controlados caso os indivíduos tenham determinado nível de informação.

Nesse contexto, tais riscos seriam decorrentes de opções individuais e coletivas, e, desse modo, as pessoas escolhem correr riscos, a despeito da

informação disponível. Logo, os sujeitos fundamentam-se no conhecimento científico e no conhecimento social, nos discursos presentes no consciente coletivo e em estilos de vida para orientarem suas práticas cotidianas e escolhas informadas de risco à saúde, por meio do cálculo de risco (CZERESNIA, 2004; MAKSUD, 2007).

Nos estudos relativos à Epidemiologia, o conceito de risco faz menção à probabilidade de ocorrência de um evento mórbido ou fatal (PORTA, 2014). No âmbito do HIV/aids, porém, o conceito de gestão de risco “parte do princípio de que as pessoas [...] são capazes de fazer escolhas no seu melhor interesse se tiverem todas as informações necessárias para reduzir seu risco ao HIV” (LEITE; MURRAY; LENZ, 2015, p. 8).

Por conseguinte, com a finalidade de retratar a relação entre o posicionamento dos indivíduos, os fatores de riscos e as formas de intervenção adequadas a cada situação, Spink (2007) desenvolveu a Tabela de Risco e posições de pessoa, que evidencia os elementos supracitados (Tabela 1).

Tabela 1. Risco e posições de pessoa

Posição de pessoa	Fatores de riscos	Intervenção
Estar em risco (baixo grau de controle)	externo	ambiental — Informação
	interno	social — Empowerment
Correr risco (alto grau de controle)	estilo de vida	biológico — Screening/ diagnóstico
		mudança de comportamento

Fonte: Spink (2007, p. 261).

Em vista disso, as informações sobre riscos de infecção pelo HIV/aids são incorporadas a repertórios para dar sentido aos riscos associados às práticas sexuais sem o uso do preservativo, assim como estas são incorporadas pelos indivíduos que constroem distintas maneiras de gerir riscos (DE LUIZ; SPINK, 2013), observando-se que [...] “as informações sevem de ‘cinto de segurança’, os quais permitem aos indivíduos sexualmente ativos arriscarem dentro de uma margem de segurança, mesmo que diante de um cenário de incertezas” (DE LUIZ; SPINK, 2013, p. 39).

Nessa direção, Giddens (1991, p. 45) afirma que a reflexividade caracteriza o estilo de vida das sociedades tardo-modernas, posto que “as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas”.

Castiel (1996, p. 237), por sua vez, assevera que os indivíduos que optam por estilos de vida arriscados, incluindo o não uso do preservativo em suas relações sexuais, acreditam “na suposição, possivelmente, de possuir imunidades imaginárias”.

Destarte, a ideia de imunidade imaginária vincula-se ao modo como as pessoas edificam as acepções socioculturais de suas crenças, valores e interações simbólicas (CASTIEL, 1996; BLUMER, 1982), denotando-se que os riscos são “concebidos e controlados dentro do quadro de referências culturais de cada sociedade” (JEOLÁS, 2003, p. 96).

Conseqüentemente, as estratégias de gestão de risco, na arena das práticas sexuais desprotegidas, envolvem conhecimentos, tecnologias e sentidos construídos dos quais os indivíduos fazem uso para gerirem seus riscos no dia a dia, sob o ponto de vista “da concepção de saúde, doença, vida, morte, risco, poder e sexualidade” (DE LUIZ, 2013, p. 793), e fundamentam-se, principalmente, em lógicas racionais, alicerçadas nas estimativas de risco de aquisição do HIV/aids, hierarquizadas por via de exposição, conforme descrito na Tabela 2, apresentada a seguir e elaborada pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças – CDC (2005).

Tabela 2. Estimativa de risco para o HIV por via de exposição*

Via de exposição	Risco para cada 10.000 exposições	Referências
Transusão de sangue	9.000	Donegan et al. (1990)
Compartilhamento de seringas durante o uso de drogas injetáveis	67	Kaplan e Heimer (1995)
Prática de sexo anal receptivo	50	Varghese et al. (2002) e European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV (1992)
Aguilha perfurocortante	30	Bell (1997)
Prática de sexo vaginal receptivo	10	Varghese et al. (2002), Leynaert, Downs e De Vincenzi (1998), European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV (1992)
Prática de sexo anal insertivo	6.5	Varghese et al. (2002), European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV (1992)
Prática insertiva de pênis na vagina	5	European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV (1992), Varghese et al. (2002)
Prática de sexo oral receptivo	1	Varghese et al. (2002)**
Prática de sexo oral insertivo	0.5	Varghese et al. (2002)**

Fonte: CDC, 2005, p. 7.

* Estimativas de risco de transmissão por forma de exposição ao assumir práticas sem preservativo.

** Fonte de referência de práticas de sexo oral feito em um homem.

Portanto, por meio da objetivação do risco embasada nas estimativas de risco supracitadas e dos significados provenientes da interação social (BLUMER, 1982), em que os indivíduos agem conforme as significações que o mundo lhes oferece, os indivíduos orientam escolhas de cálculo de risco, isto é, desenvolvem-se constructos para um senso de segurança existencial (GIDDENS, 1991), quando se verifica a “substituição do uso do preservativo pela hierarquização do risco com a escolha de práticas desprotegidas de ‘menor risco’” (HALLAL *et al.*, 2015, p. 172).

Os estudos de Vittinghoff *et al.* (1999) e De Luiz (2013) relativos à população de gays e outros HSH ilustram, a partir dos discursos dos participantes, a gestão de risco experienciada, na qual os participantes pensam estar mais seguros em razão das escolhas estratégicas das posições sexuais ocupadas e resolvem se envolver em práticas sexuais desprotegidas na condição de insertivos (ativos), por se considerarem menos expostos ao HIV/aids, posto que a estimativa de infecção para o homem ativo seria de 6.5/10.000 casos, ao passo que, para o homem receptivo, esse risco seria de 50/10.000 casos.

Portanto, os *gays* e outros HSH que praticam sexo anal receptivo sem proteção tem maior risco de adquirir HIV, enquanto os que praticam sexo anal insertivo sem proteção tem maior probabilidade de transmitir o HIV (BRASIL, 2018b).

Há também a priorização do sexo oral insertivo, cujo risco seria de 0.5/10.000, em detrimento da prática de sexo oral receptivo, na qual a estimativa de risco é de 1/10.000.

Merece destaque a percepção abstrata do plano simbólico da gestão de risco tendo como critério o aspecto físico da parceria sexual. Indivíduos com aparência saudável, no imaginário social, tendem a ser vistos como não vivendo com o HIV/aids; há, portanto, uma leitura desses signos quando da avaliação do risco.

Os relatos a seguir, obtidos durante a aplicação de entrevista do pré-teste 3, evidenciam essa percepção:

A fachada dele me diz que ele não tem aids, lindo, cheiroso, educado, bem vestido, mas e aí? Quem te garante que ele não tem? (Sexo feminino, 51 anos)

Sei que a aids é algo que não tem cara, mas antes de não usar camisinha, olho bem, reparo em algum sinal de doença, e se a pessoa não tiver cara de doente, não uso mesmo! (Sexo masculino, 22 anos)

Em vista disso, a construção simbólica da aids estaria materializada somente nos indivíduos com a aparência da doença, que se faz notar fisicamente, no imaginário sociocultural, como corpos esqueléticos, com sinais da síndrome de Kaposi ou de lipodistrofia (DE LUIZ; SPINK, 2013).

Ainda em se tratando das estimativas de risco de transmissão por forma de exposição ao assumir práticas sem preservativo, Hallal *et al.* (2015) apontam que a prática do coito interrompido entre relações vaginais e anais também é utilizada como estratégia de gestão de risco entre casais heterossexuais e homossexuais, pois atua no imaginário do risco do HIV/aids a importância atribuída ao simbolismo dos fluidos corporais, tais como o esperma, a secreção vaginal, o sangue e a saliva (JEOLÁS, 2003).

Acrescente-se que, no caso dos casais heterossexuais, pondera-se a estimativa de risco de infecção na prática do sexo vaginal receptivo de 10/10.000, e,

na prática insertiva do pênis na vagina, de 5/10.000, ao se assumirem práticas sexuais desprotegidas.

A gestão de risco compreende a escolha e a análise racional dos indivíduos em suas práticas sexuais que visam mitigar a possibilidade de infecção pelo HIV. O reconhecimento de que a sexualidade é uma dimensão importante para a constituição da subjetividade (VILLELA; BARBOSA, 2015). Evidencia-se que o HIV atua como um agente sensível do comportamento sexual.

Chama a atenção o fato que há uma baixa percepção dos sujeitos de que a gestão de risco individual tem um impacto significativo na gestão coletiva do risco e conseqüentemente na saúde pública, demarcando um recrudescimento da epidemia no país.

Portanto, em razão de todo o exposto, e ainda sob o enfoque oferecido por Silva (2012, p. 334), pode-se observar que as dimensões do risco abarcam uma “rede complexa de negociação de perdas e ganhos, em que circulam interesses, emoções, discursos, informações, significados, corpos, vírus, doenças, tecnologia, materiais, estratégias de prevenção e outros atores”, o que impacta a multiplicidade de práticas e sentidos dos corpos e outros modos de constituição de si (FOUCAULT, 2004).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo visa descrever os princípios teóricos que orientam a condução do estudo. Apresenta-se o referencial teórico da pesquisa composto pelos conceitos que constituem o fenômeno da pesquisa. Destaca-se que o referencial teórico constitui o marco por meio do qual o problema da pesquisa é interpretado, isto é a diretriz para orientar a reflexão e a interpretação do problema de pesquisa.

Ademais, o referencial teórico tem como objetivo guiar o pensamento do pesquisador por determinadas formulações conceituais que constituem as teorias (TRIVIÑOS, 1987; GASQUE, 2010).

Portanto, o arcabouço de conceitos cruciais da pesquisa refere-se à informação em saúde; à prática informacional e à gestão de risco.

3.1 Informação em Saúde

Neste trabalho, informação em saúde é considerada uma prioridade para o desenvolvimento das nações e constitui-se em um direito social (STEDILE *et al.*, 2015; ARAÚJO; CARDOSO, 2007). A informação em saúde pode ser considerada um elemento basal para a constituição do conhecimento e da consciência do sujeito sobre o risco de infecção e da adoção de estratégias preventivas (GUIMARÃES *et al.*, 2019).

A OMS dispõe que a literacia em saúde engloba os fenômenos cognitivos e sociais, bem como a capacidade dos indivíduos de acessar, compreender e usar a informação para lhes proporcionar boa saúde (WHO, 1998b). Trata-se, pois, do processo de tomada de decisão em saúde fundamentada nas vivências do cotidiano e no uso do sistema de saúde, dando às pessoas a possibilidade de controlar a sua saúde, a capacidade de buscar informação e de assumir responsabilidades.

No entendimento de Teixeira (2004, p. 618), a literacia em saúde “é a capacidade para ler, compreender e lidar com informação de saúde”, levando-se em consideração as desigualdades de oportunidades no que tange à comunicação em saúde para as pessoas diante dos contextos social, econômico e educacional. A partir desse aspecto, o autor define como baixa literacia de saúde dos utentes a dificuldade em compreender de fato qual é o seu estado de saúde, a primordialidade de

mudanças comportamentais, de adesão a tratamentos e de autocuidados (TEIXEIRA, 2004, p. 618).

Diante do exposto, ainda sob a perspectiva de Teixeira (2004), a comunicação efetiva e a informação em saúde exercem considerável influência nos níveis individual e coletivo, dado que a informação permeia e move as ações de saúde e promove o empoderamento social no âmbito da saúde (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

No tocante ao nível individual, auxilia na conscientização dos riscos para a saúde, pode servir de motivação para a mudança de comportamento, com vistas à proteção da saúde e pode promover uma adequação ao uso de recursos e de serviços de saúde.

No nível comunitário, por seu turno, os processos de comunicação e de informação em saúde podem produzir melhoria na acessibilidade aos serviços de saúde, tornando exequível o estabelecimento de normas que venham a colaborar com a saúde e com a qualidade de vida das pessoas, também promovendo transformações benéficas nos ambientes físicos e socioeconômicos.

González de Gómez (2004) identifica a informação como um bem social capaz de promover melhoramentos e avanços na vida social, cultural e política do indivíduo, com o relevante aspecto de se constituir em um fato de direito à cidadania.

3.2 Prática Informacional

Considera-se para esta pesquisa que a prática informacional relaciona-se ao estudo da informação na vida cotidiana (*Everyday Life Information Seeking – ELIS*) nas rotinas diárias da vida e amplia a compreensão diversificada e plural dos sujeitos, “mais condizente àquilo que as pessoas efetivamente são” (ARAÚJO, 2017, p. 229), investigados no âmbito dos estudos de usuários.

Marteletto (1995, p. 91) postula que o “estudo das práticas informacionais considera os significados atribuídos pelos sujeitos durante as ações de buscar, usar e disseminar informações nos espaços constituídos e concretos de realização”, e se considera que tanto as necessidades quanto os usos da informação estão socialmente associados, construídos e ligados diretamente aos contextos vivenciados e à vida cotidiana (*everyday life*) dos usuários (TALJA, 1997; ARAÚJO, 2016; SAVOLAINEN,

1995). Aproxima-se assim a natureza do mundo social, por meio da experiência subjetiva do sujeito e da significação das vivências da consciência (HUSSERL, 2008), pois se entende que as pessoas organizam suas experiências relativas ao mundo social na vida cotidiana, expressa e representada por meio da linguagem, de sinais e do modo objetivo com que os sujeitos interagem e transmitem conhecimento (BERGER; LUCKMANN, 2004).

Savolainen (2007) agrega valor a este conceito ao discorrer que todo processo de busca de informação é uma prática social e, para se apreenderem as práticas informacionais, faz-se necessário estudar as práticas sociais (ROCHA; GANDRA; ROCHA, 2017), dado que “[...] seria inviável desvelar as práticas informacionais sem que o contexto social seja investigado” (ROCHA; GANDRA; ROCHA, 2017, p. 99).

Dessa forma, corroborando esse preceito, Marteleto (1995, p. 92) considera que

Toda prática social é uma prática informacional – expressão esta que se refere aos mecanismos mediante os quais significados, símbolos e signos culturais são transmitidos, assimilados ou rejeitados pelas ações e representações dos sujeitos sociais em seus espaços construídos e concretos de realização (MARTELETO, 1995, p. 92).

Nesse sentido, é relevante considerar a informação que se associa à vida cotidiana, às ações e representações das pessoas, de tal modo que as abordagens devem ser relativas ao contexto e não apenas ao pensamento dos indivíduos (BERTI; ARAÚJO, 2017), bem como entender os sujeitos como protagonistas de suas ações perante os acontecimentos do mundo, incluindo a informação, pois, como é um produto da coletividade, o indivíduo constrói significados (SAVOLAINEN, 1995; SILVA, 2008).

Talja (1997) destaca que a abordagem das práticas informacionais não seria “*system-centered* (como os estudos de uso da informação), tampouco *user-centered* (como os estudos de comportamento informacional), mas sim *Knowledge formation-centered*, que analisa como o usuário adota diversas condições de sujeito diante do contexto e de sua posição social, também interferindo no que é coletivo, embasando-se, portanto, na perspectiva socioconstrucionista (SAVOLAINEN, 1995) de que o “individual e o social também são considerados como interdependentes” (SAVOLAINEN, 2007).

Nesse sentido, observa-se que a abordagem da prática informacional suplantaria os estudos ora centrados no sistema, ora centrados no usuário (ROCHA; GANDRA; ROCHA, 2017), pois, com a finalidade de entender as práticas informacionais, há de se englobar o contexto histórico e social vivenciado pelo sujeito, levando em consideração que a subjetividade é inerente à estrutura social, dado que “o individual é, dessa forma, apreendido como resíduo do elemento coletivo” (DURKHEIM, 1977).

3.3 Gestão de risco

No âmbito das práticas informacionais e das representações sociais, infere-se que práticas sexuais são práticas sociais (FERRAZ; PAIVA, 2015) e não devem ser excluídas das situações e das trajetórias sociais que resultam em biografias individuais e contextos sociais (BAJOS *et al.*, 1998); em consonância com esse pensamento, Maksud (2007, p. 151) aponta que

[...] as experiências sexuais são aprendidas, codificadas, estruturadas e elaboradas a partir de um aprendizado social, pela imposição de regras, de múltiplos acontecimentos, da interiorização de habilidades, de um conjunto que assegura uma capacidade para perceber e interpretar certos estados corporais (MAKSUD, 2007, p. 151).

Logo, o ato sexual é uma construção social (RUSSO, 1998), no qual se faz presente o fenômeno da compensação de risco, posto que a estratégia de gerir riscos de infecção pelo HIV/aids está associada aos comportamentos sexuais sem o uso de preservativo (DE LUIZ; SPINK, 2013), no qual tem relevância o efeito social nas concepções de risco e na orientação de comportamentos dos atores sociais (CASTIEL, 1996).

Segundo Underhill (2013), a gestão de risco pressupõe que cada pessoa assume correr certo risco à saúde, estimado de forma subjetiva, na busca das vantagens que algumas práticas podem lhe proporcionar. Na concepção de Beck (2010), a noção de risco é construída socialmente. O risco caracteriza-se como uma categoria sociocultural, composta por valores e significados que compõem o imaginário social (JEOLÁS, 2003). Portanto, o risco pode ser melhor entendido como um constructo, instituído historicamente e culturalmente (CASTIEL, 1996).

Confirma essa percepção Bourdieu (1979), ao apontar que, diante do risco, pressupõe-se um modo racional de conduta e de vida em um tempo futuro abstrato em que o imprevisível pode ser mensurado; calculado. Em paralelo, Spink (2001, p. 1278) propõe à perspectiva racionalista uma “triangulação entre cálculo, percepção e gerenciamento dos riscos”, na qual a objetivação do risco ordena crenças, práticas sociais e sobretudo valores.

Os riscos seriam decorrentes de opções individuais e coletivas, e, desse modo, as pessoas escolhem correr riscos, a despeito da informação disponível. Logo, os sujeitos fundamentam-se no conhecimento científico e no conhecimento social, nos discursos presentes no consciente coletivo e em estilos de vida para orientarem suas práticas cotidianas e escolhas informadas de risco à saúde, por meio do cálculo de risco (CZERESNIA, 2004; MAKSUD, 2007).

No âmbito do HIV/aids, porém, o conceito de gestão de risco “parte do princípio de que as pessoas [...] são capazes de fazer escolhas no seu melhor interesse se tiverem todas as informações necessárias para reduzir seu risco ao HIV” (LEITE; MURRAY; LENZ, 2015, p. 8).

Em vista disso, as informações sobre riscos de infecção pelo HIV/aids são incorporadas a repertórios para dar sentido aos riscos associados às práticas sexuais sem o uso do preservativo, assim como estas são incorporadas pelos indivíduos que constroem distintas maneiras de gerir riscos (DE LUIZ; SPINK, 2013), observando-se que [...] “as informações sevem de ‘cinto de segurança’, os quais permitem aos indivíduos sexualmente ativos arriscarem dentro de uma margem de segurança, mesmo que diante de um cenário de incertezas” (DE LUIZ; SPINK, 2013, p. 39).

Nessa direção, Giddens (1991, p. 45) afirma que a reflexividade caracteriza o estilo de vida das sociedades tardo-modernas, posto que “as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas”.

Castiel (1996, p. 237), por sua vez, assevera que os indivíduos que optam por estilos de vida arriscados, incluindo o não uso do preservativo em suas relações sexuais, acreditam “na suposição, possivelmente, de possuir imunidades imaginárias”.

Destarte, a ideia de imunidade imaginária vincula-se ao modo como as pessoas edificam as acepções socioculturais de suas crenças, valores e interações simbólicas (CASTIEL, 1996; BLUMER, 1982), denotando-se que os riscos são “concebidos e controlados dentro do quadro de referências culturais de cada sociedade” (JEOLÁS, 2003, p. 96).

Consequentemente, as estratégias de gestão de risco, na arena das práticas sexuais desprotegidas, envolvem conhecimentos, tecnologias e sentidos construídos dos quais os indivíduos fazem uso para gerirem seus riscos no dia a dia, sob o ponto de vista “da concepção de saúde, doença, vida, morte, risco, poder e sexualidade” (DE LUIZ, 2013, p. 793), e fundamentam-se, principalmente, em lógicas racionais, alicerçadas nas estimativas de risco de aquisição do HIV/aids, hierarquizadas por via de exposição.

Portanto, sob o enfoque oferecido por Silva (2012, p. 334), pode-se observar que as dimensões do risco abarcam uma “rede complexa de negociação de perdas e ganhos, em que circulam interesses, emoções, discursos, informações, significados, corpos, vírus, doenças, tecnologia, materiais, estratégias de prevenção e outros atores”, o que impacta a multiplicidade de práticas e sentidos dos corpos e outros modos de constituição de si (FOUCAULT, 2004).

4 MATERIAL E MÉTODO

A presente pesquisa classifica-se sob a abordagem mista, tendo em vista que os procedimentos de coleta e análise compatibilizam-se com as técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011).

Creswell (2010) aponta que no método misto há a complementariedade entre os dados qualitativos e quantitativos, que “são usados lado a lado para reforçar um ao outro” (CRESWELL, 2010, p. 39). Nesse sentido, Tashakkori e Teddlie (1998) definem a abordagem multimétodo como a combinação das metodologias qualitativas e quantitativas em um estudo.

Para Johnson, Onwuegbuzie e Turner (2007, p. 123), a pesquisa mista é aquela

[...] na qual o pesquisador ou um grupo de pesquisadores combinam elementos de abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa (ex.: uso de perspectivas, coleta de dados, análise e técnicas de inferência qualitativas e quantitativas) com propósito de ampliar e aprofundar o conhecimento e sua corroboração (JOHNSON; ONWUEGBUZIE; TURNER, 2007, p. 123).

Paranhos *et al.* (2016) asseveram que é vantajosa a interação dos métodos, posto que se retira o melhor de cada método e suas contribuições específicas para aplicação na pesquisa científica. A Figura 5 ilustra esse argumento.

Figura 5. Complementaridade das abordagens



Fonte: Paranhos *et al.*, 2016, p. 389.

Greene, Caracelli e Graham (1989) estabelecem que os projetos de métodos mistos são aqueles que compreendem ao menos um método qualitativo e um método quantitativo, o que favorece o aprimoramento da qualidade da pesquisa científica (PARANHOS *et al.*, 2016).

A escolha da abordagem de métodos mistos para o presente estudo fez-se necessária com vistas a um maior enriquecimento e a um melhor entendimento da complexidade do problema de pesquisa em questão, posto que a pesquisa de métodos mistos é “como uma lente ou perspectiva teórica [...] para estudar gênero, raça, ou etnicidade, incapacidade, orientação sexual e outras bases de diversidades (CRESWELL, 2010, p. 95-96).

Ademais, segundo Mertens (2003) e Creswell e Plano Clark (2011), a abordagem mista tem sido utilizada nas Ciências Sociais e de Saúde, para compreender grupos marginalizados, tais como mulheres, minorias étnicas/raciais, membros das comunidades de gays, outros HSH e lésbicas, pessoas portadoras de deficiências e pessoas pobres.

Utiliza-se o procedimento de métodos mistos sequenciais “em que o pesquisador procura elaborar ou expandir os achados de um método com os de outro método” (CRESWELL, 2010, p. 39). Logo, a pesquisadora serve-se, primeiramente, do método quantitativo e prossegue com o método qualitativo, empregando a entrevista estruturada como técnica de coleta de dados, com a finalidade de dar vozes aos participantes, ampliar a percepção reflexiva do problema (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011) e aprofundar os achados da abordagem quantitativa (PARANHOS *et al.*, 2016), proporcionando, dessa forma, um olhar diferenciado do mundo social

[...] que ativamente nos convida a participar do diálogo sobre múltiplas maneiras de ver e ouvir, múltiplas maneiras de extrair sentido do mundo social, e múltiplos pontos de vista sobre o que é importante e dever ser valorizado e apreciado (GREENE, 2007, p. 20).

Em face desse olhar diferenciado, deve-se considerar os distintos papéis sociais que os indivíduos desempenham na sociedade e os impactos que as dimensões socioculturais, político-econômicas e físicas causam nos indivíduos (PINTO; ARAÚJO, 2012), assim como o contexto social em que a informação se insere (SOUZA, 2016).

Alinhando-se a abordagem metodológica estabelecida para esta pesquisa à concepção filosófica, definida por Creswell (2010, p. 28) como a “orientação geral sobre o mundo e sobre a natureza da pesquisa defendidas por um pesquisador”, tem-se que para este estudo considera-se a concepção pragmática como base filosófica. Os pesquisadores pragmáticos enfatizam o problema da pesquisa e utilizam todas as abordagens disponíveis para compreendê-lo e solucioná-lo (ROSSMAN; WILSON, 1985; PATTON, 1990). Ainda nesse sentido, de acordo com Tashakkori e Teddlie (1998), a concepção filosófica que melhor se ajusta aos métodos mistos é a pragmática, visto que os pesquisadores se fundamentam tanto nas suposições quantitativas quanto nas qualitativas para buscar o entendimento do problema de pesquisa (CRESWELL, 2010). Ademais, é mister destacar que

[...] os pragmáticos concordam que a pesquisa sempre ocorre em contextos sociais, históricos, políticos, entre outros. Dessa maneira, os estudos de métodos mistos podem incluir uma feição pós-moderna, um enfoque teórico o qual reflita objetivos de justiça social e objetivos políticos (CRESWELL, 2010, p. 35).

Corroborando essa premissa, o sociólogo Pierre Bourdieu (1983) assevera que compreender o *habitus* dos indivíduos como produto das relações sociais favorece a interpretação das informações advindas do processo de investigação, que, por sua vez, impacta na prática do mundo real; assim como, segundo Durkheim (2002), estudar o contexto social dos indivíduos contribui para a percepção de mundo, dos significados subjetivos das experiências desses indivíduos e sua própria representação social (PINTO; ARAÚJO, 2012).

No que tange ao propósito do estudo da presente pesquisa, este se caracteriza como descritivo, tendo em vista que objetiva

[...] descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010, p. 29).

Para Andrade (2005), na pesquisa descritiva, os fenômenos do mundo físico e humano são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, observando-se a neutralidade científica do pesquisador face ao objeto de estudo (COMTE, 1998). Nesse contexto, o pesquisador deve-se manter eticamente neutro (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010). Ademais, o propósito de estudo descritivo

é retratar, em profundidade, indivíduos, determinadas situações ou realidades, grupos sociais, interações e objetos sociais (SEKARAN; BOUGIE, 2000; TRIVIÑOS, 1987).

Dessa forma, observa-se a inter-relação entre o propósito da pesquisa e o problema de pesquisa, posto que se considera a descrição das características de grupos, a proporção de elementos que tenham determinadas características ou comportamentos dentro de uma população específica, bem como a verificação de existência de relação entre variáveis (FERNANDES; GOMES, 2003).

Todavia, ao considerar que o conhecimento acumulado e sistematizado sobre (i) o conhecimento a respeito das formas de transmissão do HIV e das estratégias para a Prevenção Combinada do HIV; (ii) o comportamento sexual da população amostral estudada; (iii) o uso do preservativo masculino nas relações sexuais e os fatores associados ao seu não uso; (iv) a percepção de risco da infecção pelo HIV; (v) os fatores emocionais, cognitivos e humanos que impactam na prática informacional de prevenção à infecção pelo HIV; e (vi) o georreferenciamento do nível de conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para a prevenção da transmissão do HIV, ainda se encontram escassas na literatura científica, o propósito do estudo da pesquisa em questão, também, se caracteriza como exploratório.

Portanto, ao se constatar que a investigação do objeto de estudo envolve limitação de evidências científicas (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008), é primordial buscar mais informações sobre a temática (ANDRADE, 2005), como também reunir “dados, informações, padrões, ideias ou hipóteses sobre um problema ou questão de pesquisa com pouco ou nenhum estudo anterior” (BRAGA, 2007, p. 17). É mister destacar que a finalidade dos estudos exploratórios é ampliar o conhecimento a respeito de um determinado problema, explorando a realidade e buscando maior conhecimento (TRIVIÑOS, 1987), bem como familiarizar-se com o fenômeno, obter uma nova percepção ou descobrir novas ideias (CERVO *et al.*, 2007; RICHARDSON, 2008; MALHEIROS, 2011).

Quanto ao tipo de raciocínio, ao escopo deste projeto aplica-se o indutivo, no qual

[...] o antecedente são dados e fatos particulares e o conseqüente uma afirmação mais universal [...] o resultado desse processo de observação e análise dos fatos concretos é uma norma, uma regra,

uma lei, um princípio universal, que constitui sempre uma generalização (SEVERINO, 2007, p. 89).

Portanto, no método indutivo, parte-se da experiência de constatações particulares e toma-se consciência da repetição de fatos, comportamentos, premissas e valores, levando-os ao desenvolvimento das teorias e de leis gerais (ANDRADE, 2005; VIEGAS, 2007; COSTA; COSTA, 2001).

Na concepção de Ruiz (1995, p. 114), “a indução científica parte do fenômeno para chegar à lei geral. Observa-se, experimenta, descobre a relação causal entre dois fenômenos e generaliza esta relação em lei, para efeito de previsões”.

Bacon (1973) considera que por meio da investigação dos fenômenos é possível desenvolver uma hipótese explicativa da causa do fenômeno, e pela indução chega-se a conclusões prováveis. Corroborando esse pensamento, Richardson (2008) destaca que o método indutivo se fundamenta na observação de fenômenos com o propósito de comparar suas correlações, a fim de construir axiomas, proposições e conclusões generalizáveis. Segundo Ozmon e Craver (2004, p. 68)

[...] a indução é a lógica de chegar-se a generalizações baseadas em observações sistemáticas de particularidades. A indução envolve coletar dados a respeito de particularidades, mas não é meramente uma catalogação ou enumeração de dados. Os dados devem ser analisados; onde contradições forem encontradas, algumas ideias devem ser descartadas. Além disso, os fatos devem ser processados ou interpretados ao mesmo tempo (OZMON; CRAVER, 2004, p. 68).

Em se tratando da natureza da pesquisa, esta se classifica como aplicada, posto que se refere à *práxis* na resolução de determinada investigação científica (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008). Na concepção de Kauark, Manhães e Medeiros (2010, p. 27), a pesquisa aplicada “objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigida à solução de problemas específicos”.

Somando-se às definições supracitadas, Vergara (1997) afirma que essa categoria de pesquisa tem finalidade prática na deliberação de indagações concretas de estudos, em campos práticos (FLICK, 2004). Ademais, visa resolver questões ou necessidades imediatas (APPOLINÁRIO, 2004), referindo-se à prática do conhecimento científico para fins explícitos de intervenção na realidade social.

Por sua vez, Trujillo Ferrari (1982, p. 171) enfatiza, em relação à pesquisa científica aplicada: “não obstante a finalidade prática da pesquisa, ela pode contribuir teoricamente com novos fatos para o planejamento de novas pesquisas ou mesmo

para a compreensão teórica de certos setores do conhecimento”. De acordo com Barros e Lehfeld (2000, p. 78),

[...] a pesquisa aplicada tem como motivação a necessidade de produzir conhecimento para aplicação de seus resultados, com o objetivo de contribuir para fins práticos, visando à solução mais ou menos imediata do problema encontrado na realidade (BARROS; LEHFELD, 2000, p. 78).

Quanto ao método/técnica, aplica-se para a pesquisa em questão o método *survey*, que “pode ser descrito como a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, [...] por meio de um instrumento de pesquisa, normalmente um questionário” (FREITAS *et al.*, 2000, p. 105). Os dados advindos por meio do *survey* propiciam informações quanto à prevalência, distribuição de traços e atributos e inter-relação entre as variáveis da amostra da população estudada (BABBIE, 2001; FIGUEIREDO, 2004).

Os *surveys* amostrais são realizados para entender a população maior da qual a amostra foi inicialmente selecionada. As análises em pesquisas de *survey* visam desenvolver proposições e descrições gerais sobre o comportamento humano e sobre os fenômenos sociais, assim como elaborar asserções explicativas sobre a população (BABBIE, 2001). Ademais, segundo Bryman (1989, p. 104),

[...] a pesquisa de *survey* implica a coleção de dados [...] em um número de unidades e geralmente em uma única conjuntura de tempo, com uma visão para coletar sistematicamente um conjunto de dados quantificáveis no que diz respeito a um número de variáveis que são então examinadas para discernir padrões de associação (BRYMAN, 1989, p. 104).

Na concepção de Pinsonneault e Kraemer (1993), o emprego do *survey* é relevante em pesquisas exploratórias e descritivas por identificar situações, atitudes, práticas e opiniões acerca de determinada população-alvo. Para a presente pesquisa, o desenho de *survey* trata da abordagem interseccional (*cross-sectional*), em que os dados empíricos são coletados, em certo momento, de uma amostra selecionada para descrever alguma população mais abrangente na época do estudo.

Ao associar o desenho de *survey* supracitado ao horizonte temporal do estudo, este se caracteriza como sendo de corte transversal, pois a coleta de dados realiza-se em um momento histórico e em um curto período de tempo (ROUQUAYROL; FILHO, 1999; PAYNE; PAYNE, 2004). Ainda em relação ao tempo de realização do estudo, no estudo longitudinal, a pesquisa é realizada em um determinado momento,

em um ponto no tempo, num único instante no tempo, obtendo-se um recorte momentâneo do fenômeno investigado (JUNG, 2004).

Corroborando esta definição, Sitta *et al.* (2010) afirmam que os estudos seccionais ou de corte transversal são aqueles que produzem descrições a respeito da situação de saúde de uma população ou comunidade em um ponto no tempo ou em curto espaço de tempo. Nesse sentido, Bastos e Duquia (2007, p. 230) asseveram que

[...] os estudos transversais são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo. Dito de outra forma, os estudos transversais são adequados para responder às perguntas “Quais são as frequências do fator de risco e do desfecho em estudo? E existe associação entre o fator de risco e o desfecho em questão?” (BASTOS; DUQUIA, 2007, p. 230).

Alinhando-se o método/técnica de pesquisa ao ambiente de estudo, utiliza-se o ambiente natural, inerente aos participantes, tendo em vista que é fundamental estudar o fenômeno de interesse da pesquisa no ambiente real em que a população se encontra e vivencia o problema, sendo este, assim, diretamente observado (FREITAS *et al.*, 2000; YIN, 2001; SEVERINO, 2007).

No cenário natural da pesquisa, a observação de fatos e fenômenos, tal como ocorrem espontaneamente, proporciona o estudo de comportamentos e atitudes que não podem ser produzidos em laboratório (PEPLER; CRAIG, 1995; LAKATOS; MARCONI, 2012).

Outrossim, considerando que “os elementos naturais e sociais estão em relações dinâmicas e em interação [e que] Essas relações implicam processos de criação cultural e tecnológica e processos históricos e sociais” (REIGOTA, 2004, p. 14), a análise do objeto de pesquisa no espaço intrínseco em que ele se sucede (GONSALVES, 2001) é fator primordial para a compreensão do objeto deste estudo.

No que se refere à técnica de coleta de dados, utiliza-se a condução de entrevista, cujo objetivo é a obtenção de informações do entrevistado sobre determinado assunto ou problema (LAKATOS; MARCONI, 2012), visando apreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam, fazem e argumentam sobre determinado assunto (SEVERINO, 2007), permitindo um exame minucioso e detalhado de determinado tópico ou experiência (CHARMAZ, 2009), por meio da

interação entre o pesquisador e o entrevistado (COSTA; COSTA, 2001). Segundo Andrade (2005, p. 146), essa técnica também objetiva

[...] averiguar fatos ou fenômenos: identificar opiniões sobre fatos ou fenômenos; determinar, pelas respostas individuais, a conduta previsível em certas circunstâncias; descobrir os fatores que influenciam ou que determinam opiniões, sentimentos e condutas (ANDRADE, 2005, p. 146).

A entrevista caracteriza-se em conversa direcionada (CHARMAZ, 2009), consistindo “[...] no desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de um certo ato social com a conversação” (GOODE; HATT, 1969, p. 237), capaz de explorar vozes e experiências (SILVERMAN, 2009).

A entrevista é uma técnica para coleta de dados utilizada na investigação social para corroborar o diagnóstico ou tratamento de um problema social (LAKATOS; MARCONI, 2012), proporcionando a compreensão em profundidade da temática estudada, além do fornecimento de informação contextual valiosa para explicar alguns achados específicos (BAUER; GASKELL, 2002).

Correlacionando-se a técnica de coleta de dados ao instrumento de coleta de dados, tem-se que para esta pesquisa é aplicado um roteiro de entrevista estruturado, no qual as questões são direcionadas e previamente estabelecidas com determinada articulação interna (SEVERINO, 2007; LAKATOS; MARCONI, 2012), seguindo um roteiro preestabelecido, com perguntas antecipadamente estruturadas, em que este é aplicado da mesma forma a todos os sujeitos da pesquisa com a finalidade de se obterem respostas às mesmas perguntas (COSTA; COSTA, 2001; ANDRADE, 2005), permitindo “que todas elas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas”, devendo as diferenças “refletir diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas” (LODI, 1974, p. 16).

Considerando que esta pesquisa instrumentaliza uma abordagem metodológica mista, fez-se necessária a escolha de técnicas de análise de dados que proporcionem um olhar multifacetado sobre os dados coletados (CAMPOS, 2004). Portanto, combina-se o método de análise estatística descritiva para os dados quantitativos e o rigor metodológico da análise do conteúdo, com referência à abordagem qualitativa.

Nesse caso, a análise de conteúdo oportunizará a incorporação do significado e da intencionalidade e a qualificação das vivências das percepções e fenômenos dos

dados quantitativos (BARDIN, 1995; CAVALCANTE, CALIXTO, PINHEIRO, 2014) em face das construções humanas significativas.

Para Bardin (1995, p. 42), a análise de conteúdo configura-se como

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos (BARDIN, 1995, p. 42).

Corroborando esse pensamento, Creswell (2010) afirma que a análise de conteúdo consiste na extração de sentido dos dados de texto e imagem, com vistas a extrapolar as incertezas e enriquecer a interpretação dos dados obtidos (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

Chizzotti (2006, p. 98) advoga que o “objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu manifesto latente, as significações explícitas ou ocultas” do fenômeno estudado. Além do mais, na concepção de Silverman (2009, p. 149),

[...] na análise de conteúdo os pesquisadores estabelecem um conjunto de categorias e depois contam o número de vezes que eles incidem em cada categoria. A exigência crucial é que as categorias sejam suficientemente precisas para capacitar diferentes codificadores a chegar no mesmo resultado (SILVERMAN, 2009, p. 149).

A utilização da análise de conteúdo é composta de três fases, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011). A pré-análise caracteriza-se como uma fase de organização, na qual se estabelece um esquema de trabalho preciso, com procedimentos bem definidos, compreendendo a leitura flutuante, em que se toma contato com os documentos a serem analisados, conhece-se o contexto e deixa-se fluírem impressões e orientações, a constituição do *corpus* do universo estudado, a formulação e reformulação de hipóteses e de pressupostos, dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentarão a interpretação dos dados (BARDIN, 1977; CÂMARA, 2013; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; OLIVEIRA, 2008).

Na fase de exploração do material, busca-se categorizar expressões e palavras significativas (MINAYO, 2007; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). Mozzato e Grzybovski (2011, p. 735) destacam que essa fase

[...] consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro

(unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro) (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011, p. 735).

A exploração do material representa uma etapa importante, porquanto irá possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Na segunda fase ocorre a descrição analítica, a qual diz respeito ao *corpus* submetido a um estudo aprofundado. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são procedimentos básicos nessa fase. No que tange ao tratamento dos resultados, este compreende a codificação, a inferência, a interpretação e informatização da análise, culminando nas interpretações inferenciais advindas da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

No tratamento dos dados quantitativos, utiliza-se a análise estatística descritiva das informações quantitativas, com a finalidade de responder a perguntas referentes aos fenômenos sociais, referindo-se ao resumo dos dados para a melhor compreensão das informações por eles fornecidas (AGRESTI; FINLAY, 2012). A estatística descritiva objetiva reduzir os dados a uma forma mais simples e de fácil entendimento sem distorcer ou perder muita informação (AGRESTI; FINLAY, 2012). Outrossim, aplica-se a estatística para atribuir sentido aos dados coletados, de modo que o problema de pesquisa possa ser respondido.

O teste estatístico utilizado para comparar as variáveis e associações de hipótese é o Qui-quadrado (X^2), tendo em vista o interesse em verificar se frequências obtidas empiricamente diferem significativamente ou não das que se esperariam de um conjunto de supostos teóricos (SOLOMON; COLES, 1954).

Ademais, para a realização do georreferenciamento do nível de conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV, faz-se uso da base cartográfica dos subdistritos de residência do DF em projeção do Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas (SIRGAS), 2000. Os achados são apresentados em mapas temáticos, empregando-se o *software* QGIS.

4.1 Universo da pesquisa

A amostra do estudo foi definida a partir dos dados populacionais do DF estimados pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). Considerando que o parâmetro que define a variabilidade referente à população do Distrito Federal é desconhecido, foi utilizada a variabilidade máxima (50%); além disso, assumindo um erro máximo admissível de 5% e uma confiança de 95%, o tamanho amostral para um plano de amostragem aleatória simples resultou em 385 (trezentos e oitenta e cinco) indivíduos distribuídos em todo o DF. Com o intuito de obter maior representatividade dos dados, a amostra foi estratificada segundo as 15 Regiões Administrativas (RA) proporcionalmente ao tamanho populacional de cada localidade, conforme mostra a Tabela 3, a seguir. Como houve aproximações na alocação dos indivíduos em cada RA, o tamanho amostral resultou em 408 indivíduos.

A representatividade da amostra fez-se necessária para que os resultados obtidos pudessem ser generalizados para a população total do universo (SALOMON, 1996; MALHOTRA, 2001).

Tabela 3. Regiões administrativas, segundo tamanho populacional e nº amostral

Região administrativa DF	Pop 2013	Amostra
DRS Asa Sul	138874	20
DRS Núcleo Bandeirante	137357	20
DRS Guará	157014	23
DRS Asa Norte	236174	35
DRS Ceilândia	451872	66
DRS Brazlândia	51121	8
DRS Taguatinga	404142	59
DRS Samambaia	228356	33
DRS Recanto das Emas	138997	21
DRS Sobradinho	161181	24
DRS Planaltina	185375	27
DRS Paranoá	131229	19
DRS São Sebastião	98908	15
DRS Gama	134958	20
DRS Santa Maria	122721	18
Distrito Federal	2778278	408

Fonte: Codeplan, adaptado pela autora.

4.1.1 Critérios de inclusão

Foram considerados elegíveis para participarem do estudo homens e mulheres que preencheram os seguintes critérios: 1) ter tido relações sexuais pelo menos uma vez na vida; 2) ter 18 anos ou mais; 3) morar ou residir nos subdistritos do DF; 4) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.1.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da amostra participantes menores de 18 anos de idade e/ou que estavam sob a influência de drogas, incluindo álcool, no momento da entrevista e que não residiam no DF.

4.2 Pré-testes

A realização de pré-testes na pesquisa científica tem como finalidade o aprimoramento do instrumento de coleta de dados, considerando os seguintes elementos: fidedignidade, validade e operatividade (LAKATOS; MARCONI, 2012). Nesse prisma, conforme assevera Andrade (2005, p. 145), o pré-teste “[...] consiste em aplicar os instrumentos da pesquisa em uma parcela da amostra, a fim de verificar a validade ou relevância dos quesitos, a adequação do vocabulário empregado, o número e a ordem das perguntas formuladas”.

Ademais, por meio do pré-teste,

[...] ficarão evidentes as possíveis falhas existentes: inconsistência ou complexidade das questões; ambiguidade ou linguagem inacessível; perguntas supérfluas ou que causem embaraço ao informante; se as questões obedecem a determinada ordem ou se são muito numerosas (LAKATOS; MARCONI, 2012, p. 88).

Além disso, o pré-teste promove a obtenção de estimativas sobre os possíveis achados da pesquisa.

Portanto, no âmbito deste estudo, foram realizados três pré-testes, no período de setembro a dezembro de 2016.

4.2.1 Pré-teste 1

O preservativo masculino tem desempenhado um papel fundamental no enfretamento do HIV/aids (PAIVA *et al.*, 2003). Todavia, a partir da década de 1990, pesquisas internacionais (ADAM *et al.*, 2005; OSTROW *et al.*, 2008) assinalavam para o que se convencionou intitular *condom fatigue or prevention fatigue* (fadiga do preservativo ou fadiga da prevenção).

Mesmo diante desta constatação, observa-se haver exiguidade na literatura científica que proponha a reflexão, diálogos e discussão acerca dos fatores associados ao não uso do preservativo. Assim como, chama a atenção a carência de questões específicas em instrumentos de coleta de dados validados disponíveis pelo MS que tratem os possíveis barreiras e fatores situacionais, emocionais, socioculturais e cognitivos (SAVOLAINEN, 2016; DOURADO *et al.*, 2015) que impactam o uso desta estratégia.

Portanto, o objetivo deste primeiro pré-teste foi mapear as possíveis razões do não uso desta intervenção biomédica clássica e elaborar questão inédita para o instrumento de coleta de dados desta pesquisa, utilizou-se a técnica de grupo focal, com vistas a compreender e descrever as relações de sentidos e construir significados e ressignificações desse fenômeno (CAMPOS; TURATO, 2009; FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006; TURATO, 2003).

Empregou-se a promoção da escuta e do diálogo acerca de informações, simbolismos, percepções, representações sociais, sentimentos e relatos de experiências dos participantes do grupo (KIND, 2004; MINAYO, 1999; NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004). Posto que, os grupos focais oportunizam a constituição de um espaço social que:

[...] privilegie o diálogo e o conhecimento mútuo de valores, experiências e afetos, que podem indicar um caminho mais sólido para as mudanças necessárias, que coloque o homem situado e contextualizado no centro do processo de transformação incluindo aí aspectos afetivos, as informações e fatos necessários à tomada de decisões (SCHALL; STRUCHCHINER, 1995, p. 98).

Destaca-se que a técnica de grupo focal tem sido largamente utilizada em pesquisas qualitativas em saúde (SILVA; ASSIS, 2010), visando o processo de construção de novos saberes, o aprofundamento de temáticas pouco conhecidas na

literatura, a obtenção de informações de saúde e a inclusão dos sujeitos nas ações dos serviços e políticas de saúde (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006; GUI, 2003; KIND, 2004; MINAYO, 2004; NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004; PEROSA; PEDRO, 2009; RESSEL; GUALDA; GONZALES, 2002).

Para a seleção da amostra do grupo focal, utilizou-se o método não probabilístico intencional ou por julgamento, no qual os elementos da população são selecionados intencionalmente, de modo a que forneçam as informações mais úteis à exploração do pesquisador e que sejam representativos da população estudada (COSTA NETO, 1977; MINAYO, 1999) estimulando a produção de “dados e *insights* que seriam menos acessíveis sem a interação produzida em grupo” (GUI, 2003, p. 4).

Fez-se imprescindível valorizar os diferentes sujeitos, constituindo-se o grupo focal de indivíduos pertencentes à população geral e às populações em situação de maior risco e vulnerabilidade ao HIV/aids, com o intuito de garantir uma maior amplitude de reflexões sobre o tema; abranger as plurais práticas e orientações sexuais e identificar diferenças referentes aos fatores associados ao não uso do preservativo masculino.

Considerou-se, também, como critério de seleção dos componentes do grupo focal, a faixa etária dos participantes, para que esta estivesse de acordo com os dados do Boletim Epidemiológico HIV/aids de 2017, 2018 e 2019, no que tange a concentração dos casos de aids no país. O que está diretamente associado às práticas sexuais desprotegidas. Portanto, a inserção deste critério teve como finalidade de averiguar a existência de constructos específicos ao não uso do preservativo masculino, nesta faixa etária.

Tem-se a população sob maior risco de infecção pelo HIV/aids são de magnitude relativamente reduzida e, em geral, são consideradas ocultas ou de difícil acesso, uma vez que a marginalização e/ou a discriminação que enfrentam fazem com que os indivíduos que as compõem procurem se esquivar frente a instâncias que percebem como repressoras (SOUZA, 2016). Diante do exposto, para o recrutamento dos participantes pertencentes a esta população, fez-se necessário abordá-los em ambiente natural em que se encontram; para tanto, elegeu-se a ocasião do evento

nacional no âmbito da Cooperação Interfederativa¹⁴ entre os governos estadual, municipal e federal, em conjunto com representantes da sociedade civil.

Ademais, além de indivíduos que compõem esta população, este evento, também, contatava com a presença de representantes da população geral.

Além das considerações expostas, outrossim, foram considerados critérios de elegibilidade para participar do grupo focal: 1) ter tido relações sexuais pelo menos uma vez na vida; 2) ter 18 anos ou mais; 3) assinar o TCLE¹⁵. Foram excluídos da participantes menores de 18 anos de idade e/ou que estavam sob a influência de drogas, incluindo álcool.

O grupo focal foi constituído por homens e mulheres heterossexuais, mulheres profissionais do sexo, gays e outros HSH e travestis na faixa etária de 18 a 35 anos de idade, totalizando 10 (dez) indivíduos, atendendo a prerrogativa de Kind (2004), Minayo (1999), Nogueira-Martins e Bógus (2004, p. 51) de que é recomendável “recomenda-se que o grupo seja composto por no mínimo seis e no máximo quinze pessoas”.

O tempo de duração do encontro, realizado em 26/09/2016, foi de 90 (noventa) minutos. Para a análise temática dos dados, foi empregada a análise de conteúdo de Bardin (1977), que se constitui de várias técnicas nas quais se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja por meio de falas, seja por meio de textos. Por intermédio da análise das representações sociais sobre o repertório semântico do uso do preservativo masculino, identificaram-se tendências e padrões de resposta relevantes (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Após o tratamento e sistematização do conjunto do material coletado e a contextualização das informações, foi elaborada a questão e as alternativas de resposta que seguem:

Por que você não usa camisinha?

() Porque a sensibilidade fica reduzida;

() Porque causa alergia em mim ou no(a) meu(minha) parceiro(a);

¹⁴A Cooperação Interfederativa representa mais um esforço do MS e dos estados prioritários de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Amazonas para acelerar a resposta aos desafios de prevenção, da assistência e do controle da aids (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

¹⁵ O TCLE do Pré-teste 1 encontra-se no Apêndice A.

- () Porque tem mau cheiro;
- () Porque confio no(a) meu(minha) parceiro(a);
- () Porque diminui meu prazer sexual ou o do(a) meu(minha) parceiro(a);
- () Porque correr riscos me excita;
- () Porque não me sinto em risco de ser infectado(a).

4.2.2 Pré-teste 2

Para a seleção da amostra do segundo pré-teste, utilizou-se o método não probabilístico de conveniência, em que o pesquisador seleciona os elementos que lhe convêm, inferindo que estes possam representar o universo estudado (COSTA NETO, 1977; PRODANOV; FREITAS, 2013; MOREIRA, 2003). Os critérios de elegibilidade para participação no pré-teste 2 foram os mesmos definidos para o grupo focal, no qual foi aplicado roteiro de entrevista estruturado, composto por 61 (sessenta e uma) questões fechadas¹⁶, distribuídas em quatro blocos: Bloco A, que tratou de dados sociodemográficos; Bloco B, que mapeou o conhecimento sobre as formas de prevenção do HIV; Bloco C, que abordou o comportamento e práticas sexuais; e o Bloco D, que discorreu sobre a testagem para o HIV. A duração de cada procedimento de coleta de dados foi de cerca de (30) trinta minutos.

Ressalta-se que, para a concepção dos blocos, itens e comandos das questões e suas alternativas, referentes ao roteiro de entrevista estruturado aplicado durante esse pré-teste, foram considerados os questionários validados nas seguintes pesquisas científicas: (i) Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP); (ii) Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C entre homens que fazem sexo com homens; (iii) Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C entre mulheres profissionais do sexo.

Antes da aplicação do roteiro da entrevista, apresentou-se o TCLE¹⁷ aos entrevistados e coletou-se a assinatura do termo.

¹⁶O instrumento de coleta de dados do segundo pré-teste encontra-se no Apêndice C.

¹⁷O TCLE do segundo pré-teste pode ser consultado no Apêndice B.

A aplicação do roteiro de entrevista foi presencial, feita por um único avaliador, a fim de evitar a ocorrência de erro de medida interavaliador. Não houve recusas e desistências. Os objetivos do pré-teste 2 foram:

- a. Verificar se as questões do instrumento de coleta de dados eram adequadas para alcançar os objetivos da pesquisa;
- b. Avaliar a inteligibilidade e pertinência das questões propostas;
- c. Identificar os possíveis ajustes necessários ao instrumento de coleta;
- d. Verificar o tempo adequado para a aplicação do roteiro de entrevista;
- e. Identificar novas alternativas de resposta para a questão: “Por que você não usa camisinha?”.

Descrição da amostra e resultados do pré-teste 2

A coleta de dados do pré-teste 2 ocorreu no DF, entre os dias 7 e 12 de outubro de 2016. A amostra foi composta de 22 indivíduos adultos, entre 18 e 70 anos, de ambos os sexos, sendo 72,7% do sexo feminino e 27,2% do sexo masculino. A maior parte da amostra se encontrava na faixa etária entre 25 e 34 anos (40,9%), seguida da faixa de 35 a 49 anos (22,7%). Os indivíduos entre 18 e 24 anos representaram 18,2% da amostra, e aqueles de 50 a 64 anos e de 65 a 70 anos, juntos, 18,2% da amostra, sendo 9,1% em cada uma dessas últimas faixas etárias.

Em relação ao estado conjugal, 31% das mulheres estavam casadas, 25% nunca haviam se casado e outras 25% viviam com companheiro ou companheira. Ainda, 12,5% eram separadas, e 6,3%, divorciadas. Quanto aos homens, 33,3% nunca haviam se casado, outros 33,3% viviam com companheiro ou companheira, e 16,7% foi a proporção encontrada em ambos os estados “casado atualmente” e “divorciado”.

A metade dos indivíduos possuía ensino superior incompleto, sendo este o *status* da maior parte das mulheres entrevistadas: 56,3%. Entre elas, 18,9% distribuíram-se igualmente, com 6,3% cada, em “1ª à 3ª série do ensino fundamental”, “4ª à 7ª série do ensino fundamental” e “ensino fundamental completo”. cursaram o primeiro e segundo anos do ensino fundamental 12,5% e outras 12,5% completaram

o ensino médio. Já entre os homens, 66,7% possuíam nível superior completo, e os 33,3% restantes, nível superior incompleto.

Quanto ao quesito raça/cor autodeclarada, 59,1% da casuística eram de pessoas pardas, sendo 68,8% das mulheres e 33,3% dos homens. Das demais mulheres, 25% eram brancas e 6,3%, pretas. Entre os homens, 33,3% declararam-se brancos; 16,7%, indígenas; e 16,7%, amarelos.

A grande maioria (90,9%) da amostra pertencia à classe C, sendo 100% dos homens e 66,7% das mulheres. As 33,3% das mulheres restantes encontravam-se nas classes A ou B. Quanto à ocupação, 45,5% eram empregados(as) com Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) (66,7% dos homens e 37,5% das mulheres). Os outros 33,3% dos homens eram servidores públicos. Entre as mulheres, 31,3% eram empregadas sem CTPS, 12,5% trabalhavam por conta própria e não possuíam empregados, 6,3% eram empregadoras e 12,5% não trabalhavam no período em que foi realizada a entrevista.

Quanto a ter relações apenas com parceria fiel não infectada pelo HIV, 81,8% concordaram que o risco de se infectar pelo HIV era diminuído, e 18,2% discordaram. Todos os homens concordaram que uma pessoa com aparência saudável poderia estar infectada pelo HIV e, entre as mulheres, 81,3% concordaram e 18,8% não sabiam responder. Quanto ao risco de infecção pelo HIV por meio de picada de insetos, 63,6% discordaram, 22,7% não sabiam e 13,6% concordaram com a afirmação. Já em relação à transmissão do vírus por compartilhamento de talheres, copos ou refeições, 77,3% discordaram, 13,6% concordaram e 9,1% não sabiam. Todos os indivíduos sabiam que uma pessoa pode se infectar como vírus da aids compartilhando seringas ou agulhas.

Todos os homens e metade das mulheres participantes sabiam não existir cura para a aids, sendo que 33,3% das mulheres concordaram com a afirmação e 18,8% não sabiam a resposta. Sobre o conhecimento acerca da diminuição do risco de transmissão do vírus por pessoas infectadas que tomam corretamente os medicamentos para aids, apenas 6,3% das mulheres concordaram. A maior parte dos indivíduos (68,8% das mulheres e 83,3% dos homens) discordou da afirmação. Os demais, 25% das mulheres e 16,7% dos homens, não souberam responder. Quanto à diminuição do risco de transmissão do vírus de uma mulher grávida para seu bebê

caso ela siga corretamente o tratamento, 68,2% dos indivíduos concordaram, 13,6% discordaram e 18,2% não souberam responder.

Entre as mulheres, 18,8% afirmaram nunca ter ouvido falar em uso de preservativo para a prevenção do HIV; os demais indivíduos, sim. Ademais, 93,8% das mulheres e 66,7% dos homens nunca haviam ouvido falar de PrEP. Apenas 12,5% das mulheres afirmaram que a PrEP poderia funcionar para sua própria proteção contra o HIV; 68,8% das mulheres disseram não saber, e 18,8% não concordaram. Entre os homens, a metade não concordou e a outra metade não sabia.

Quando questionados sobre se tomariam medicamentos ARV diariamente para reduzir o risco de infecção para HIV (PrEP), caso estes fossem gratuitamente disponibilizados no Brasil nos serviços de saúde, 22,7% dos indivíduos os tomariam, 9,1% não os tomariam por afirmar não se exporem a situações de risco de infecção pelo HIV, 13,6% teriam medo de tomar esses medicamentos diariamente e 54,5% não tinham certeza se os medicamentos servem para evitar o HIV.

Em relação à PEP, 75% das mulheres e 50% dos homens não sabiam da existência do uso de medicamentos ARV para evitar a infecção após exposição a situações de risco, tais como sexo sem preservativo, rompimento do preservativo ou violência sexual. Quando perguntadas sobre se consideravam que a PEP poderia funcionar para protegê-las do HIV, 59,1% das pessoas não souberam responder, 31,8% concordaram e 9,1% discordaram.

Todos os indivíduos afirmaram nunca ter ouvido falar em microbicidas capazes de prevenir a infecção pelo HIV quando utilizados durante a relação sexual. Quanto à circuncisão como forma de prevenção da infecção pelo HIV, nenhum homem concordou, e 93,8% das mulheres também discordaram.

Sobre o autoteste para HIV, de realização domiciliar pelo próprio indivíduo nos moldes do teste de gravidez, nenhum homem sabia de sua existência, e apenas 18,8% das mulheres afirmaram conhecê-lo. A metade da amostra não sabia se a autotestagem domiciliar seria capaz de protegê-los contra o HIV. Na estratificação por sexo, a metade dos homens e 18,8% das mulheres afirmaram que essa estratégia não funcionaria para protegê-los. Os 77,3% dos indivíduos da amostra afirmaram não conhecer o teste de HIV por fluido oral, e, se ele estivesse disponível nas farmácias, 63,6% afirmaram que se testariam com mais frequência.

A totalidade das mulheres saberia aonde ir caso desejassem realizar um teste para HIV, percentual que foi de 83,3% entre os homens. Quanto ao teste por fluido oral, 12,5% das mulheres afirmaram já tê-lo feito, enquanto nenhum dos homens o havia realizado.

Os indivíduos foram indagados sobre os locais e os meios de comunicação pelos quais gostariam de receber informações sobre aids e IST, sendo que 68,2% gostariam de obtê-las por meio de cartazes e/ou televisão, 63,6% pela internet e/ou em serviços públicos de saúde, 59,1% na escola, 40,9% pelo rádio e/ou em jornais, 36,4% no trabalho e/ou pela família, 31,8% por amigos, 27,3% em atividades educativas e 9,1% por outros meios.

Todos os homens e mulheres da amostra já haviam iniciado a vida sexual no momento da pesquisa. Quanto à prática sexual, 16,7% das mulheres e 93,8% dos homens tiveram relações exclusivamente com mulheres, 6,3% dos homens tiveram sexo com pessoas dos dois sexos, e 83,3% das mulheres declararam ter relações exclusivamente com homens.

Em relação ao uso de preservativo na primeira relação sexual, 56,3% das mulheres e 83,3% dos homens o não utilizaram. O percentual de uso do insumo foi de 37,5% e 16,7% entre mulheres e homens, respectivamente, e 6,3% das mulheres não quiseram responder.

A totalidade dos homens e 68,8% das mulheres afirmaram já ter tido mais de uma parceria sexual na vida. Quando perguntados sobre se tiveram mais de dez parcerias, todos os homens e 31,3% das mulheres concordaram.

Em relação ao uso de preservativo, 31,3% das mulheres e 16,7% dos homens afirmaram usá-lo frequentemente; 31,3% e 33,3%, às vezes; 25% e 16,7%, raramente; e 12,5% e 33,3%, nunca. Sobre o uso de preservativo na última relação, 56,3% das mulheres e 83,3% dos homens afirmaram não tê-lo usado. Ante o questionamento sobre o motivo para não usar preservativo, entre as mulheres os motivos foram: confiança na parceria (31,3%), não sentir-se em risco de infecção (31,3%), diminuição de seu prazer e o da parceria (25,5%), sensibilidade reduzida (6,3%) e alergia, pessoal ou da parceria (6,3%). Entre os homens, os motivos explicitados foram: diminuição de seu prazer e o da parceria (50%), não sentir-se em risco de infecção (33,3%) e confiança na parceria (16,7%).

Quanto ao local ou meio de obtenção de preservativos, 6,3% das mulheres afirmaram tê-los obtido por meio de Organização Não Governamental (ONG) e/ou no trabalho, e 12,5% os receberam de um agente de prevenção. O acesso aos preservativos em boates foi reportado por 16,7% dos homens. Nenhuma pessoa entrevistada adquiriu preservativos na escola, e 81,8% afirmaram tê-los comprado.

Em relação à PEP, todos os homens e 81,3% das mulheres afirmaram nunca ter utilizado essa medida de prevenção, e os demais 18,8% das mulheres não quiseram responder. Quanto à PrEP, todos os homens também afirmaram nunca tê-la utilizado, assim como 93,8% das mulheres, e 6,3% delas não quiseram responder.

Quando questionados sobre a ocorrência de alguma situação de exposição a riscos sexuais e medidas para evitar a infecção pelo vírus da aids, 18,8% das mulheres e 66,7% dos homens afirmaram ter feito um teste após um período, e 43,8% e 33,3% não o fizeram, apesar da preocupação. Entre as mulheres, além das medidas supracitadas, 6,3% não se testaram porque a parceria sexual comprovou ser soronegativa para o HIV; 12,5% afirmaram ter feito uma higiene pessoal; 12,5% afirmaram ter adotado alguma outra medida; e 6,3% não responderam.

Entre todos os entrevistados, 68,2% afirmaram que fariam um teste para HIV por conta própria caso este fosse disponibilizado para compra em farmácias. Quanto ao uso diário de medicamentos ARV, caso estes prevenissem a infecção pelo HIV, 25% das mulheres e 66,7% dos homens afirmaram que não os tomariam; já 62,5% das mulheres e 16,7% dos homens, sim.

Quando questionados, então, sobre se deixariam de usar preservativo se utilizassem um comprimido diário para prevenção da aids, 72,7% afirmaram que não. Ainda, se fizessem uso dessa profilaxia, 68,2% dos indivíduos negaram que teriam um maior número de parcerias sexuais por esse motivo.

A metade das mulheres e 16,7% dos homens afirmaram que não deixariam de tomar medicamentos ARV por medo de efeitos adversos; 31,3% e 16,7% não souberam responder, e 18,8% e 66,7% responderam que sim; e 77,3% das pessoas da amostra negaram que deixariam de tomar medicamentos ARV por medo de outras pessoas acharem que elas têm HIV.

A totalidade dos homens e 87,5% das mulheres concordaram que o uso de álcool e outras drogas podem fazer com que as pessoas tenham relações sexuais

sem preservativo. Quando questionados sobre se isso já havia acontecido com eles, 83,3% dos homens e 37,5% das mulheres afirmaram que sim.

Em relação ao risco de infectar-se pelo HIV, 12,5% das mulheres afirmaram não possuir nenhum risco; 37,5% das mulheres e 50% dos homens relataram pouco risco; 6,3% e 16,7%, risco moderado; e 25% das mulheres, grande risco. Já 6,3% das mulheres e 33,3% dos homens afirmaram não conhecer o risco de se infectarem. Os 12,6% restantes das mulheres não quiseram ou não souberam responder.

A metade das mulheres da amostra afirmou já ter feito algum teste para HIV na vida, percentual este de 66,7% entre os homens. Quanto ao período, 6,3% das mulheres e 16,7% dos homens afirmaram tê-lo feito nos três meses anteriores à pesquisa; 33,3% dos homens, entre três e seis meses antes da pesquisa; 6,3% das mulheres, entre seis meses e um ano antes; 25% das mulheres, entre um e dois anos antes; 12,5% e 16,7%, mais de dois anos antes da pesquisa. Quanto ao local de realização do teste, 31,8% afirmaram tê-lo feito em laboratórios ou clínicas particulares, e 18,2% em outros serviços de saúde.

Entre as mulheres, 37,5% afirmaram que o motivo para terem se testado foi a realização de pré-natal; 6,3% por testarem-se periodicamente; e 6,3% por terem tido relações sem preservativo, terem se exposto a situação de risco, terem desconfiado da parceria sexual e/ou por indicação médica. Entre os homens, 16,7% afirmaram terem se testado por fazê-lo periodicamente; 33,3% por terem tido relações sem preservativo; 16,7% por terem se exposto a situação de risco; e outros 16,7% por curiosidade.

Para aqueles que nunca haviam se testado, 18,8% das mulheres e 16,7% dos homens afirmaram não se sentirem em risco; 18,8% das mulheres afirmaram não ver motivo para se testarem; e 6,3% e 16,7% afirmaram não saber onde realizar o teste.

Em relação ao resultado do exame, 45,5% conheciam os seus resultados, sendo estes 50% e 66,7% negativos entre mulheres e homens, respectivamente. Dos demais, 16,7% dos homens não sabiam o seu resultado; 6,3% das mulheres não souberam responder à pergunta; e os restantes não haviam feito o teste.

Quando questionados sobre doação de sangue, 36,4% disseram nunca ter doado. Entre os indivíduos que o fizeram, 12,5% das mulheres doaram nos 12 meses

que precederam a pesquisa, e 50% dos homens entre um e 20 anos antes da pesquisa.

4.2.3 Pré-teste 3

Para a seleção da amostra do terceiro pré-teste, utilizou-se, também, o método não probabilístico de conveniência e os mesmos critérios de elegibilidade dos processos de coletas anteriores. A amostra foi composta de 10 (dez) indivíduos de ambos os sexos. Antes da aplicação do roteiro de entrevista estruturado¹⁸, os participantes tomaram ciência do TCLE¹⁹.

O roteiro de entrevista foi composto por 62 (sessenta e duas) questões fechadas, distribuídas em quatro blocos, a saber: Bloco A – Dados sociodemográficos; Bloco B – Conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV; Bloco C – Comportamento, atitudes e práticas sexuais de risco à infecção do HIV; e Bloco D – Teste do HIV.

Para as questões B2, C6, C7, C17, C18, C19 e C20, com o intuito de melhor compreender as múltiplas e subjetivas facetas da prática, letramento informacional e dos aspectos individuais da prevenção ao HIV, ampliou-se a coleta dos dados, adotando-se o método da entrevista em profundidade, com vistas a assimilar os aspectos subjetivos, bem como “revelar motivações, crenças, atitudes e sentimentos sobre um determinado tópico” (MANO, 2014, p. 89).

A duração da coleta de dados foi de cerca de 30 (trinta) minutos. As questões foram apresentadas de acordo com a sequência predeterminada. Os dados foram coletados mediante observação livre, sem pausas, auxílio ou consulta a fontes externas. Não ocorreram recusas e desistências.

Após a aplicação do pré-teste 2, observou-se a conveniência de se acrescentar ao terceiro instrumento de coleta de dados uma introdução para o entrevistado, incluindo o objetivo da pesquisa, sua estrutura e a importância da participação de cada sujeito da pesquisa. Ademais, para facilitar a tabulação dos dados, adicionou-se um campo específico para o número do participante.

¹⁸O instrumento de coleta de dados do terceiro pré-teste encontra-se no Apêndice D.

¹⁹O TCLE do terceiro pré-teste pode ser consultado no Apêndice E.

Posteriormente à aplicação do pré-teste 2, fez-se necessário proceder a ajustes ao terceiro instrumento de coleta de dados, no sentido de desmembrar questões, alterar a ordem das perguntas, incluir e retirar alguns itens, aprimorar a linguagem e os termos do roteiro de entrevista e ampliar a clareza das perguntas e alternativas. As alterações realizadas no terceiro instrumento de coleta de dados são descritas a seguir:

No que tange ao Bloco A – Dados sociodemográficos, verificou-se a premência de se correlacionarem as questões acerca da busca, recuperação e disponibilidade de informações sobre prevenção à infecção pelo HIV e acesso à internet; portanto, incluiu-se a questão A8, a saber: “você tem acesso à internet?”, com as alternativas: (i) sim, em casa; (ii) sim, no trabalho; (iii) sim, no celular; (iv) sim, em outro lugar (por exemplo, uma *lanhouse*); e (v) não.

No que tange ao Bloco B, aprimorou-se o título do bloco, com vistas a qualificar o escopo deste. Portanto, a proposição do novo título foi: Conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV.

O texto introdutório do bloco também foi ajustado conforme o novo título. Nas questões em que era feita referência à expressão “infectado(a) pelo vírus da aids”, notou-se, durante a aplicação do pré-teste 2, que os sujeitos da pesquisa compreendiam melhor o termo infectado(a) pelo HIV. Logo, essa mudança foi realizada em todas as questões do pré-teste 3.

Constatou-se, também, uma maior aproximação dos entrevistados quando do uso do termo “camisinha” ao invés de “preservativo”; por conseguinte, esse vocábulo foi alterado no pré-teste 3, excluindo-se o termo “preservativo”.

No decorrer da condução do pré-teste 2, constatou-se que não seria necessário manter-se o termo “coquetel”, ao se fazer referência aos medicamentos ARV; logo, este foi removido na segunda versão do instrumento de coleta de dados.

Observou-se que o conteúdo posto na questão B11 do pré-teste 2 (“Você já tinha ouvido falar em camisinha para prevenir a infecção pelo HIV?”) estava previamente contemplado na questão B7 do pré-teste 2 (“Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids se não usar preservativos nas relações sexuais”, com as seguintes opções de resposta: concordo; discordo; não sei; não quero responder). Desse modo, esse item foi removido no pré-teste 3.

Tendo em vista que a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) (do inglês *Pre-Exposure Prophylaxis*) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) (do inglês *Post-Exposure Prophylaxis*) são novas estratégias de Prevenção Combinada para redução do risco de adquirir a infecção pelo HIV, foi observada a dificuldade dos entrevistados no pré-teste 2 em compreender esses termos técnicos específicos; portanto, do pré-teste 2 para o pré-teste 3, fez-se prudente modificar o enunciado das seguintes questões:

- a) De: “B12. Você já ouviu falar em PrEP (Profilaxia Pré-Exposição), ou seja, medicações que uma pessoa pode tomar ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV?” para: “B11. Você já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV?”.
- b) De: “B13. Você acha que a PrEP pode funcionar para proteger você do HIV?” para: “B12. Você acha que tomar medicamentos antirretrovirais ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV pode funcionar para proteger você do HIV?”.
- c) De: “B14. Se existisse PrEP no Brasil, disponível de graça nos serviços de saúde, você tomaria medicamentos antirretrovirais todos os dias para diminuir o risco de infecção pelo vírus da aids?” para: “B13. Se no Brasil estivessem disponíveis de graça, nos serviços de saúde, medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV, você tomaria esses medicamentos todos os dias para diminuir o risco de infecção pelo HIV?”.
- d) De: “B15. Você já ouviu falar em PEP (Profilaxia Pós-Exposição), ou seja, o uso de medicamentos antirretrovirais para evitar a infecção pelo vírus da aids após exposição a uma situação de risco, como sexo sem camisinha, rompimento da camisinha ou violência sexual?” para: “B14. Você já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção, tais como sexo sem camisinha, rompimento da camisinha, violência sexual e acidente de trabalho?”
- e) De: “B16. Você acha que a PEP pode funcionar para proteger você do HIV?” para: “B15. Você acha que tomar medicamentos antirretrovirais para

prevenir o HIV APÓS uma situação de risco de infecção pode funcionar para proteger você do HIV?”

Nas questões B19 e B20 utilizadas no pré-teste 2, verificou-se que havia dificuldade por parte dos entrevistados em compreender a testagem para o HIV como uma estratégia de prevenção; nesse sentido, do pré-teste2 para o pré-teste 3, as questões passaram a ser:

- a) De: “B19. Você já tinha ouvido falar em autotestagem domiciliar para prevenir o HIV? Autotestagem domiciliar é você mesmo(a) fazer o teste do HIV em casa, da mesma forma que se faz o teste de gravidez”, para: “B18. Você já tinha ouvido falar em autotestagem domiciliar para o HIV? Autotestagem domiciliar é quando você mesmo(a) faz o teste do HIV em sua casa, da mesma forma que se faz um teste de gravidez”.
- b) De: “B20. Você acha que a autotestagem domiciliar pode funcionar para proteger você do HIV?” para: “B19. Você faria a autotestagem domiciliar para saber se você tem HIV/aids?”

Nas questões B21 e B22, o uso do termo técnico do teste de fluido oral foi pouco assimilado pelos entrevistados; logo, no pré-teste 3, este foi removido.

No que tange ao item B24 do segundo pré-teste (“Onde você gostaria de obter informações sobre aids e outras doenças sexualmente transmissíveis?”), fez-se relevante, primeiramente, identificar se o sujeito da pesquisa já havia buscado informações de prevenção à infecção pelo HIV; portanto, acrescentou-se no pré-teste 3 a questão B23 (“Você já buscou informação de prevenção à infecção pelo HIV?”), complementando-a com as opções dos locais em que essa informação foi acessada.

Ademais, verificou-se a necessidade de se ampliarem as questões que tratam do acesso à informação sobre prevenção e testagem. Isso posto, foram incorporadas ao pré-teste 3 as questões B24 e B25, a seguir. Para as opções de resposta, empregou-se o modelo de escala de Likert de 5 pontos (LIKERT, 1932).

- a) B24. Você acha que a informação disponível sobre prevenção à infecção do HIV é:

() Bastante suficiente

- () Suficiente
- () Nem suficiente, nem insuficiente
- () Insuficiente
- () Bastante insuficiente

b) B25. Você acha que a informação disponível sobre locais de acesso para você fazer o teste do HIV é:

- () Bastante suficiente
- () Suficiente
- () Nem suficiente, nem insuficiente
- () Insuficiente
- () Bastante insuficiente

No Bloco C, na questão C10 do pré-teste 2, notou-se a mesma barreira informacional referente ao entendimento dos termos PrEP e PEP. Face ao exposto, no pré-teste 3, essas questões sofreram ajustes.

A questão C13 foi excluída quando da elaboração do pré-teste 3, considerando que esta estaria contemplada na questão B21 desse terceiro instrumento de coleta de dados.

Para o Bloco D, nas questões D2, D3, D4, D5 e D6, apesar da indicação de pulo no item D1 – “Você já fez o teste para aids alguma vez na vida?”, com as opções de alternativas de resposta: sim; não (se não vá para a questão D8) e não me lembro/não respondeu –, observou-se que alguns entrevistados não faziam o pulo descrito na questão e acrescentaram, manualmente, a opção de não ter feito o teste; portanto, inseriu-se nas questões supracitadas a alternativa de resposta: “Não fiz o teste para o HIV”.

Na questão D6, incluiu-se a alternativa: “Não sei o resultado”, tendo em vista que, de acordo com a PCAP (BRASIL, 2016a), 6,5% dos indivíduos que fizeram o teste de HIV alguma vez na vida não sabem o resultado do seu último teste.

No item D8, acrescentou-se a opção de resposta: “Fiz o teste para o HIV”, considerando que, durante a aplicação do segundo pré-teste, alguns entrevistados,

mesmo tendo realizado o teste, responderam a essa questão inserindo manualmente a opção de resposta.

Em se tratando do TCLE, houve o esclarecimento sobre os benefícios dessa pesquisa, fornecendo-se o *link* para que o participante, caso tenha interesse, possa acessar o resultado desta.

Descrição da amostra e resultados do pré-teste 3

A coleta de dados do pré-teste 3 ocorreu no DF, entre os dias 5 e 9 de dezembro de 2016. A amostra foi composta de 10 indivíduos adultos, entre 18 e 49 anos de idade, de ambos os sexos, sendo 50% de cada sexo. A menor parte da amostra estava na faixa etária de 35 a 49 anos (20%). Os demais 80% da amostra estavam igualmente divididos entre indivíduos de 18 a 24 anos (40%) e de 25 a 34 anos (40%). Na estratificação por sexos, 20% das mulheres tinham de 18 a 24 anos; 60%, de 25 a 34 anos; e outros 20%, de 35 a 49 anos. Entre os homens, 60% se encontravam na faixa etária de 18 a 24 anos, e cada uma das duas outras faixas teve 20% dos indivíduos.

Em relação ao estado conjugal, 40% das mulheres estavam casadas, 20% estavam separadas e outras 40% viviam com companheiro ou companheira. Quanto aos homens, 80% nunca havia se casado, e 20% viviam com companheiro ou companheira.

A totalidade dos indivíduos possuía ensino superior incompleto.

Quanto ao quesito raça/cor autodeclarada, 40% da casuística era de pessoas pardas, sendo 20% das mulheres e 60% dos homens. Das demais mulheres, 40% eram brancas e 20% amarelas. Entre os homens, os demais 40% declararam-se pretos.

A maioria (80%) da amostra pertencia à classe C, sendo 100% dos homens e 60% das mulheres. Os 40% das mulheres restantes pertenciam às classes A ou B. Quanto à ocupação, 40% estavam empregados(as) com CTPS (60% das mulheres e 20% dos homens); 20% das mulheres e 20% dos homens eram servidores públicos; e 20% das mulheres e 20% dos homens eram empregados(as) sem CTPS. Entre os homens, 20% eram empregadores e 20% não trabalhavam no momento da entrevista.

Em relação ao acesso à internet, 100% das mulheres e 80% dos homens tinham acesso à internet em casa. No trabalho, o percentual foi de 60% para as mulheres e 20% para os homens; no celular, 100% da amostra feminina e 20% da masculina; finalmente, em outro lugar, 20% das mulheres, e, com o mesmo percentual, a amostra masculina.

A totalidade dos indivíduos sabiam que o uso de camisinha em todas as relações sexuais diminui o risco de infecção pelo HIV. Quanto a ter relações apenas com parceria fiel não infectada pelo HIV, 70% concordaram que o risco de adquirir o HIV era diminuído, e 30% discordaram. Todas as pessoas da amostra concordaram que uma pessoa com aparência saudável poderia estar infectada pelo HIV. Quanto ao risco de infecção pelo HIV por meio de picada de insetos, 80% discordaram e 20% não sabiam. Em relação à transmissão do vírus por compartilhamento de talheres, copos ou refeições, 100% dos indivíduos discordaram. Ainda, todos os indivíduos sabiam que uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids compartilhando seringas ou agulhas.

Todas as mulheres e 60% dos homens sabiam não existir cura para a aids. Sobre o conhecimento acerca da diminuição do risco de transmissão do vírus por pessoas infectadas que tomam corretamente os medicamentos para aids, todas as mulheres e 80% dos homens concordaram. Quanto à diminuição do risco de transmissão do vírus de uma mulher grávida para seu bebê, se ela seguir corretamente o tratamento, 50% dos indivíduos concordaram (80% das mulheres e 20% dos homens), 10% discordaram (20% das mulheres); e 80% dos homens não souberam responder.

Afirmaram 100% das mulheres e 80% dos homens nunca terem ouvido falar em PrEP. Quando perguntados sobre se achavam que tomar medicamentos ARV antes de fazer sexo para prevenir a infecção pelo HIV poderia funcionar para protegê-los, 60% das mulheres e 20% dos homens afirmaram que não, e 40% das mulheres e 80% dos homens não souberam responder.

Quando questionados sobre se tomariam medicamentos ARV diariamente para reduzir o risco de infecção para HIV (ou seja, a PrEP), caso esses medicamentos fossem gratuitamente disponibilizados no Brasil nos serviços de saúde, 80% dos homens não os tomariam por afirmar não se exporem a situações de risco, e 100%

das mulheres e os demais 20% dos homens não tinham certeza se os medicamentos servem para evitar o vírus da aids.

Em relação à PEP, 80% das mulheres e 40% dos homens sabiam da existência do uso de medicamentos ARV para evitar a infecção após exposição a situações de risco, tal como sexo sem preservativo, rompimento do preservativo ou violência sexual. Quando perguntados sobre se consideravam que a PEP poderia funcionar para protegê-los(as) do HIV, 40% das mulheres e 60% dos homens disseram que sim, 40% das mulheres disseram que não, e 20% das mulheres e 40% dos homens não souberam responder.

Todos os indivíduos afirmaram nunca ter ouvido falar em microbicidas capazes de prevenir a infecção pelo HIV quando utilizados durante a relação sexual. Quanto à circuncisão como forma de prevenção da infecção pelo HIV, apenas 20% dos homens concordaram.

Sobre o autoteste para HIV, de realização domiciliar feita pelo próprio indivíduo nos moldes do teste de gravidez, nenhuma mulher sabia de sua existência, e apenas 20% dos homens afirmaram conhecê-lo. Todos os homens e 20% das mulheres afirmaram que fariam esse teste; 60% das mulheres disseram que não o fariam, e 20% não souberam responder. Sobre o autoteste domiciliar com a utilização de saliva/fluido oral para detecção do HIV, 40% das mulheres e 40% dos homens possuíam conhecimento a respeito. Quando indagados sobre se fariam tal teste por conta própria, para saber se têm o HIV, caso este fosse disponibilizado para compra em farmácias, 40% das mulheres e 80% dos homens disseram que sim, outros 40% das mulheres e 20% dos homens disseram que não, e os 20% restantes das mulheres não souberam responder.

Todas as mulheres saberiam aonde ir caso desejassem realizar um teste para o HIV, percentual que foi de 60% entre homens. Quanto ao teste por fluido oral, 100% das mulheres afirmaram nunca tê-lo feito, enquanto 20% dos homens o fizeram, sendo que o teste ocorreu em um serviço de saúde.

A metade dos indivíduos afirmou já ter buscado informações sobre a prevenção da infecção pelo HIV (60% das mulheres e 40% dos homens). Entre os que buscaram essas informações, 30% o fizeram por meio de cartazes, panfletos e *folders*, 10% por meio da televisão, 50% pela internet, 20% na escola, 20% em serviços públicos e 20%

em serviços de saúde particulares. Em relação à suficiência das informações disponíveis, 20% as consideraram bastante suficientes, 20% suficientes, 20% nem suficientes nem insuficientes, e 40% as consideraram insuficientes. Quanto às informações disponíveis sobre os locais de acesso para a realização do teste de HIV, 10% as consideraram bastante suficientes, 10% suficientes, 10% nem suficientes nem insuficientes, 60% insuficientes e 10% as consideraram bastante insuficientes.

Os indivíduos foram indagados sobre os locais e os meios de comunicação pelos quais gostariam de obter informações sobre aids e IST, sendo que 80% gostariam de recebê-las por meio da televisão e em serviços públicos de saúde, 70% em escolas, 60% pela internet, 50% em serviços particulares de saúde e em atividades educativas, em festas, *shows*, etc., 40% no trabalho e por meio de jornais, 30% por meio de cartazes, *folders* e pelo rádio, e 20% por meio de amigos e pela família.

Todos os indivíduos já haviam iniciado a atividade sexual no momento da pesquisa. Quanto à prática sexual, 80% dos homens tiveram relações exclusivamente com mulheres e 20% exclusivamente com homens, e 100% das mulheres declararam relações exclusivamente com homens. Em relação ao uso de preservativo na primeira relação sexual, 60% dos homens e das mulheres o usaram.

Todas as mulheres e 80% dos homens afirmaram já terem tido mais de uma parceria sexual na vida. Quando indagados sobre se tiveram mais de dez parcerias, 40% das mulheres e 60% dos homens afirmaram que sim.

Em relação ao preservativo, a frequência de uso reportada pelos homens foi: 40% fazem uso frequente desse insumo, 20% dos homens o utilizam às vezes, outros 20% os usam raramente e os 20% demais, nunca o utilizam. Em relação às mulheres, 40% reportaram usá-lo às vezes, e 60% afirmaram que nunca o utilizam.

Sobre o uso de preservativo na última relação, 60% das mulheres e dos homens afirmaram não tê-lo usado. Entre os indivíduos que afirmaram nunca utilizar preservativos, quando perguntados sobre o motivo de não o fazer, entre os homens os motivos explicitados foram: diminuição de seu prazer e o da parceria (60%); correr risco como um fator de excitação (20%); e confiança na parceria (20%). Entre as mulheres, 20% afirmaram não usar o preservativo por considerarem que sua sensibilidade fica reduzida; 60% por confiarem em suas parcerias sexuais; e 20% por considerarem que diminui o prazer sexual de sua parceria.

Quanto ao local ou meio de obtenção de preservativos, 20% das mulheres e 40% dos homens afirmaram tê-los adquirido em serviços públicos de saúde; 20% das mulheres, por meio de ONG, 40% dos homens, em bares, boates, termas, saunas e/ou por meio de agentes de prevenção; 20% dos homens, na escola; e 40% das mulheres e 80% dos homens afirmaram tê-los comprado.

Quando questionados sobre se já haviam feito algum teste de HIV utilizando fluido oral/saliva, 20% dos homens afirmaram tê-lo feito, sendo que o teste ocorreu em um serviço de saúde.

Em relação à PEP, nenhum dos indivíduos da amostra afirmou tê-la utilizado.

Quando questionados sobre a ocorrência de alguma situação de exposição a riscos sexuais e medidas para evitar a infecção pelo HIV, 20% das mulheres e 20% dos homens afirmaram ter feito um teste após um período, e 20% das mulheres não o fizeram, apesar da preocupação. O restante dos indivíduos afirmou não ter se exposto a nenhuma situação de risco.

Os indivíduos foram questionados sobre se utilizariam medicamentos ARV, caso estes prevenissem a infecção pelo HIV, ante o que 20% das mulheres e 40% dos homens afirmaram que não os tomariam; 40% das mulheres e 20%, sim; e 40% das mulheres e dos homens não souberam responder.

Quando questionados, então, sobre se deixariam de usar preservativo caso utilizassem um comprimido diário para prevenção da aids, 80% afirmaram que não. Ainda, se fizessem uso dessa terapia, 90% dos indivíduos negaram que teriam um maior número de parcerias sexuais por esse motivo, sendo 100% das mulheres e 80% dos homens.

Um percentual de 40% de mulheres e de 20% de homens afirmaram que não deixariam de tomar medicamentos ARV por medo de efeitos adversos; 40% das mulheres e dos homens não souberam responder; e 20% das mulheres e 40% dos homens responderam que sim. Ainda, 60% das pessoas da amostra negaram que deixariam de tomar medicamentos ARV por medo de outras pessoas acharem que elas têm HIV, sendo 80% das mulheres e 40% dos homens; 20% dos homens afirmaram que sim, deixariam de tomá-los; e 20% das mulheres e 40% dos homens não souberam responder.

Todos os indivíduos entrevistados concordaram que o uso de álcool e outras drogas podem fazer com que as pessoas tenham relações sexuais sem preservativo. Quando questionados sobre se isso já havia acontecido com eles, 80% das mulheres e 40% dos homens afirmaram que sim.

Em relação ao risco de infectar-se pelo HIV, 40% dos homens afirmaram não possuir nenhum risco; 40% das mulheres e dos homens relataram pouco risco; 40% e 20%, risco moderado; e os 20% restantes das mulheres não souberam responder.

Entre as mulheres, 80% afirmaram já ter realizado algum teste de HIV na vida, percentual este de 40% entre os homens. Quanto ao período, 40% das mulheres afirmaram tê-lo feito nos três meses anteriores à pesquisa; 20% dos homens, entre três e seis meses antes da pesquisa; 20% dos homens, entre seis meses e um ano antes; 20% das mulheres, entre um e dois anos antes; 20% das mulheres, mais de dois anos antes da pesquisa; e 20% das mulheres e 60% dos homens não realizaram teste de HIV. Quanto ao local da testagem, entre os indivíduos que afirmaram já ter realizado o teste, 50% dos homens afirmaram tê-lo feito em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 25% das mulheres em banco de doação de sangue, 50% dos homens no local de trabalho, e 75% das mulheres em laboratórios ou clínicas particulares.

Entre as mulheres, 20% afirmaram que o motivo para terem se testado foi a realização de pré-natal; 20% se testaram por indicação médica; e 40% por exigência do trabalho. Entre os homens, 20% se testaram por ter parceria infectada pelo HIV, e 20% por exigência do trabalho.

Para aqueles indivíduos que nunca haviam se testado, 100% das mulheres e 33% dos homens afirmaram não se sentir em risco, e os outros 66% dos homens afirmaram não ver motivo para se testarem.

Em relação ao resultado do exame, 50% sabiam o seu resultado, sendo 60% entre as mulheres e 40% entre os homens, e 20% das mulheres não sabiam. Entre as mulheres, 25% tiveram resultado positivo para o HIV, o que representa um percentual significativo e relevante a ser considerado. Isso parece reforçar a vulnerabilidade de gênero perante a tomada de decisão quanto ao uso das estratégias de prevenção, resultando em elevada proporção de infecção pelo HIV entre as mulheres. Entre os homens que haviam se testado, nenhum teve resultado positivo.

Quando questionados sobre doação de sangue, 60% das mulheres e 20% dos homens disseram que nunca tinham doado. Entre os demais indivíduos, 20% das mulheres doaram sangue nos 12 meses que precederam a pesquisa, e 20% dos homens, entre um e 20 anos antes da pesquisa.

4.3 Instrumento de coleta de dados final

Após a aplicação do pré-teste 3, ajustou-se o texto introdutório do instrumento de coleta de dados final²⁰, deixando-o mais claro para o entrevistado.

Para a realização do georreferenciamento do nível de conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV, fez-se necessário acrescentar ao Bloco A, a questão A9, “Onde você mora?”, para que futuramente as informações dos subdistritos do Distrito Federal sejam posicionadas espacialmente no mapa temático. O uso de modelos de mapeamento em geografia em saúde, além da visualização da distribuição espacial, possibilita melhor compreensão dos problemas de saúde (GUIMARÃES; RIBEIRO, 2010).

Tendo em vista os resultados advindos dos pré-testes quanto ao uso do preservativo masculino, fez-se importante investigar a correlação entre o impacto da religião no uso do preservativo masculino e demais estratégias de prevenção; logo, se incluíram duas questões relacionadas à religião, a saber, a questão A10, “Você tem religião?”, com as opções de resposta afirmativa ou negativa, e a questão A11, “Qual a sua religião?”, com as alternativas: Católica; Protestante histórica (Anglicana, Metodista, Presbiteriana, Batista, Adventista, outra); Evangélica pentecostal ou neopentecostal (Assembleia de Deus, Universal do Reino de Deus, Internacional da Graça, Bola de Neve, Congregação Cristã do Brasil, Renascer em Cristo, etc.); Espírita kardecista; Umbanda; Candomblé; Outra religião de raiz afro-brasileira (jurema, tambor de Mina, batuque); Budismo; Igrejas inclusivas (Igreja Cristã Metropolitana, Comunidade Cristã Nova Esperança, Igreja para Todos, Comunidade Cidade Refúgio, Igreja Cristã Contemporânea, etc.) e Outra religião (qual?).

²⁰O instrumento de coleta de dados final encontra-se no Apêndice F.

Na questão B14, acrescentou-se ao enunciado a situação de risco envolvendo o compartilhamento de instrumentos para uso de drogas, posto que usuários de drogas são considerados população-chave para a infecção pelo HIV. Assim, o enunciado para o instrumento de coleta de dados final foi definido como: “B14. Você já ouviu falar que existem medicamentos ARV para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção, tais como sexo sem camisinha, rompimento da camisinha, violência sexual, compartilhamento de instrumentos para uso de drogas e acidente de trabalho?”.

Com a finalidade de deixar mais diretos os enunciados das questões B16, B17, e B18, ajustou-se a expressão “Você já tinha ouvido falar” para “Você já ouviu falar”, como segue:

B16. Você já ouviu falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV? Microbicidas são cremes ou géis utilizados no ânus durante a relação sexual para prevenir o HIV.

Sim

Não

B17. Você já ouviu falar em circuncisão/“cirurgia de fimose” para prevenir a infecção pelo HIV?

Sim

Não

B18. Você já ouviu falar em auto testagem domiciliar para o HIV? Autotestagem domiciliar é quando você mesmo(a) faz o teste do HIV em sua casa, da mesma forma que se faz um teste de gravidez.

Sim

Não

Acerca do título do Bloco C, este foi adequado de Comportamento, atitudes e práticas sexuais de risco à infecção do HIV para Comportamento sexual, devido às considerações feitas pela banca de qualificação que solicitou que fosse inserido o conceito de comportamento sexual. Como este refere-se ao conjunto de atitudes, práticas e posicionamentos do ser humano em relação ao sexo/sexualidade (PAIVA *et al.*, 2008), as expressões atitudes e práticas sexuais foram retiradas.

Agregou-se à questão C2, que trata da prática sexual, as seguintes categorias de respostas: “Faz sexo **SÓ** com transexuais/travesti; faz sexo com transexuais/travesti e homens; faz sexo com transexuais/travesti e mulheres; faz sexo com transexuais/travesti, homens e mulheres”, objetivando ampliar as pluralidades de práticas sexuais.

Com vistas a verificar correlações significativas entre o uso do preservativo, percepção de risco e testagem para o HIV, entre outras variáveis do estudo, e a orientação sexual dos entrevistados, isto é, a “atração emocional, afetiva e sexual profunda de cada pessoa por indivíduos do gênero oposto, do mesmo gênero ou de ambos os gêneros, assim como suas relações íntimas e sexuais com estes indivíduos” (UNAIDS, 2017a, p. 18), adicionou-se a questão C3 ao instrumento de coleta de dados final, da seguinte forma: “Qual a sua orientação sexual? (Marque apenas uma resposta)”, com as alternativas: Homossexual, Bissexual e Heterossexual. As opções de respostas advêm do Formulário de Cadastramento de Usuários do SUS – Profilaxia do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).

Em relação à questão C7 do pré-teste 3, “Você e seu parceiro(a) usaram camisinha na última relação sexual?”, com as opções de resposta: Sim e Não, observou-se como primordial para o instrumento de coleta de dados final acrescentar um complemento à questão caso a resposta fosse negativa, com a finalidade de identificar o motivo do não uso do preservativo.

Portanto, no instrumento de coleta de dados final, a questão foi ajustada para:

C8. Você e seu(sua) parceiro(a) usaram camisinha na última relação sexual?

Sim

Não

C8.1 Se não, qual foi o motivo do não uso da camisinha? Você pode marcar mais de uma alternativa.

Não tinha camisinha no momento

Porque a sensibilidade fica reduzida

Porque causa alergia em mim ou no(a) meu(minha) parceiro(a)

Porque tem mau cheiro

Porque confio no(a) meu(minha) parceiro(a)

Porque diminui meu prazer sexual ou o do(a) meu(minha) parceiro(a)

- () Porque correr riscos me excita
- () Porque não me sinto em risco de ser infectado pelo HIV
- () Porque o uso de camisinha gera desconfiança entre os parceiros que têm relação afetiva
- () Porque o HIV/aids só atinge grupos de risco

Ajustou-se o texto da alternativa da questão C20 do pré-teste 3, de: “Porque não me sinto em risco de ser infectado” para: “Porque não me sinto em risco de ser infectado pelo HIV”. Ademais, acrescentaram-se as alternativas: “Porque não tinha camisinha no momento”; “Porque o uso de camisinha gera desconfiança entre os parceiros que têm relação afetiva” e “Porque o HIV/aids só atinge grupos de risco”, em comparação com as opções de resposta da questão C20 do pré-teste 3. Também se adaptaram as opções de resposta à luz da questão C8 desse instrumento, com a exceção da alternativa: “Não tinha camisinha no momento”.

Portanto, após os ajustes supracitados, no instrumento de coleta de dados final a questão apresenta-se como:

C21. Por que você não usa camisinha? Você pode selecionar mais de uma alternativa.

C21.1 Se você usa camisinha, não responda. Vá para a questão D1.

- () Porque a sensibilidade fica reduzida
- () Porque causa alergia em mim ou no(a) meu(minha) parceiro(a)
- () Porque tem mau cheiro
- () Porque confio no(a) meu(minha) parceiro(a)
- () Porque diminui meu prazer sexual ou o do(a) meu(minha) parceiro(a)
- () Porque correr riscos me excita
- () Porque não me sinto em risco de ser infectado(a) pelo HIV
- () Porque o uso de camisinha gera desconfiança entre os parceiros que tem relação afetiva
- () Porque o HIV/aids só atinge grupos de risco

Na questão D1, ajustou-se o termo “aids” para “HIV”, no que se refere à testagem.

Na questão D4, acrescentou-se a opção de resposta: “Por achar que tinha algum risco” como alternativa do motivo da realização do último teste para HIV, e

dividiu-se a opção: “Me expus a uma situação de risco (a camisinha estourou ou fui forçado(a) a não usar camisinha”, tendo em vista a natureza distinta das opções. Nesse caso, as alternativas de resposta foram:

D4. Qual foi o principal motivo para você ter feito o último teste para o HIV?
Você pode selecionar mais de uma alternativa.

- () Por achar que tinha algum risco
- () Pré-natal/parto
- () Sempre me testo periodicamente
- () No serviço de saúde me orientaram a fazer o teste periodicamente
- () Transei sem camisinha
- () Me expus a uma situação de risco
- () A camisinha estourou
- () Fui forçado(a) a não usar camisinha
- () Doei sangue somente para me testar
- () Doei sangue porque precisei
- () Por curiosidade
- () O(a) parceiro(a) pediu
- () O(a) parceiro(a) está com o HIV
- () Desconfiei que o(a) parceiro(a) tinha ou poderia ter o HIV
- () Por indicação médica
- () Outro motivo (qual?)
- () Não me lembro/não quero responder
- () Não fiz o teste para o HIV

Em relação à questão D8, foram inseridas as alternativas de resposta: “Tenho medo de sofrer estigma e discriminação se for HIV positivo” e “Não sei onde fazer o teste”.

Com vistas a identificar os fatores emocionais, cognitivos e humanos que impactam na prática informacional de prevenção à infecção pelo HIV, agregou-se a questão D9 ao instrumento de coleta de dados final, com o enunciado: “Caso fosse constatado que você tem HIV/aids, como você ficaria?”, com as opções de resposta: “Tranquilo”, “Preocupado” e “Desesperado”.

Após proceder às adequações supracitadas, o instrumento de coleta de dados final passou a constituir-se de 67 (sessenta e sete) questões, distribuídas em quatro blocos, a saber: Bloco A – Dados sociodemográficos; Bloco B – Conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para a prevenção da transmissão do HIV; Bloco C – Comportamento, atitudes e prática sexuais; e Bloco D – Teste de HIV.

O quantitativo de questões do instrumento de coleta de dados final justifica-se ao possibilitar o adequado aprofundamento da temática estudada e ao garantir um patamar de equivalência e comparabilidade com o conjunto das questões validadas nas demais pesquisas científicas, a saber: (i) PCAP; (ii) Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C entre homens que fazem sexo com homens; (iii) Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C entre mulheres profissionais do sexo.

Outrossim, para minimizar possível risco de desconforto e cansaço durante a coleta dos dados em decorrência do quantitativo de questões, procurou-se elaborar as perguntas da forma mais clara e precisa possível.

Em relação ao TCLE do instrumento de coleta de dados final²¹, neste foi revisto o texto referente ao resumo das informações a serem tratadas pelo questionário, conforme descrição dos Blocos A, B, C e D do questionário.

Destaca-se que, durante a realização dos pré-testes, houve o alinhamento das questões e das variáveis aplicadas, visando ao alcance dos objetivos desta pesquisa.

4.4 Descrição da amostra e resultados consolidados dos pré-testes 2 e 3

O somatório das duas amostras, referentes aos pré-testes 2 e 3, totalizou 32 indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, residentes no Distrito Federal. Foram considerados elegíveis para participarem do estudo os indivíduos que cumpriram os seguintes critérios: 1) ter tido relações sexuais pelo menos uma vez na vida; 2) ter 18 anos ou mais; 3) assinar o TCLE.

²¹ O TCLE do instrumento de coleta de dados final encontra-se no Apêndice G.

A análise conjunta dos dados está descrita em duas categorias, a saber: Conhecimento e comportamento, atitudes e práticas sexuais no contexto da epidemia do HIV/aids, com vistas a atender o objetivo geral desta pesquisa.

Conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para a prevenção da transmissão do HIV

Quando analisado o conjunto das duas amostras, verificou-se que a totalidade dos indivíduos entrevistados concordou com as afirmações de que o uso de camisinha em todas as relações sexuais diminui o risco de infecção pelo HIV e de que o compartilhamento de seringas ou agulhas é uma das formas mais comuns de contágio. Além destas, apenas mais uma questão obteve resposta unânime: a de que nenhum dos entrevistados conhece ou ouviu falar em cremes e/ou géis microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV.

Foi observado conhecimento baixo da população amostrada acerca da TARV como fator de diminuição do risco de transmissão do HIV a outra pessoa, porquanto apenas 21,6% concordaram com essa afirmação.

Sobre a diminuição do risco de transmissão vertical do HIV em decorrência do uso de TARV pelas gestantes, 58,9% concordaram com essa afirmação, sendo superior a proporção de mulheres com o conhecimento correto (63,1%). Todavia, no país, no período de 2000 a junho de 2019, foram notificadas 125.144 gestantes infectadas com HIV. Nos últimos 10 (dez) anos houve um aumento de 38,1% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2008, a taxa foi de 2,1 casos/mil nascidos vivos e, em 2018, de 2,9/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019a).

Menos da metade dos indivíduos demonstrou conhecimento sobre a existência da PrEP (45,3%), e 37,2% discordaram de que essa profilaxia PrEP poderia protegê-los da infecção pelo HIV. Além disso, quando perguntados sobre se tomariam ARV diariamente para reduzir o risco de infecção pelo vírus, caso estes fossem disponibilizados gratuitamente no SUS, 59,2% afirmaram não ter certeza sobre se esses medicamentos evitam o vírus da aids; dessas pessoas, 75% eram do sexo feminino.

Apenas 51,3% dos entrevistados afirmaram já ter ouvido falar de PEP, e somente 41,1% concordaram que ela serviria para protegê-los do HIV. Observa-se pouco conhecimento sobre a PEP, diante do fato de que essa profilaxia é ofertada no SUS desde 2009.

Sobre a circuncisão como forma de prevenção, a grande maioria (93,4%) afirmou desconhecer tal precaução. O desconhecimento sobre o autoteste domiciliar também foi alto, 90,3%, e o des saber sobre o autoteste por fluido oral foi um tanto mais baixo: 69,3%.

A totalidade das mulheres, nas duas amostras, afirmaram saber aonde ir caso queiram realizar um teste de HIV, proporção esta de 71,7% dos homens.

As principais fontes de informação sobre HIV/aids e IST relatadas pelos sujeitos da pesquisa como desejadas foram: amigos (76,5%), televisão (76,5%), serviços de saúde pública (74,9%), internet (67,5%) e escola (65,7%); notavelmente, 91,7% dos homens e 61,3% das mulheres escolheram os amigos como maior fonte desejada de informações.

As fontes mais citadas pelas quais as pessoas não desejariam receber as mesmas informações foram: instituições religiosas (81,3%) e por meio da família (72,3%); as instituições religiosas foram proporcionalmente mais rejeitadas pelas mulheres (87,5%, frente a 75% entre homens), e a família, pelos homens (83,3%, frente a 61,3% das mulheres).

Comportamento, atitudes e práticas sexuais

Com relação às práticas sexuais, as amostras dividiram-se proporcionalmente entre pessoas homossexuais e heterossexuais, tanto entre os homens quanto entre as mulheres.

Pouco mais da metade (54,9%) dos indivíduos afirmou ter usado preservativo em sua primeira relação sexual. A maior parte (87,2%) declarou ter tido mais de uma parceria sexual na vida; 57,8% afirmaram ter tido mais de dez parcerias, sendo que a proporção entre os homens foi consideravelmente mais alta (80%) do que entre as mulheres (35,6%). Aproximadamente um terço (31,5%) dos indivíduos declarou nunca

usar preservativo; o uso frequente do preservativo foi reportado por apenas 22% do total, sendo que entre as mulheres essa proporção foi ainda menor, 15,6%, comparada a 28,3% entre os homens. Quando questionados sobre se utilizaram preservativo em sua última relação, apenas 35,1% dos participantes responderam que sim, e, ao contrário da questão anterior, essa proporção foi maior entre as mulheres, 41,9%, comparada a 28,3% entre os homens.

Em relação aos motivos pelos quais os indivíduos não utilizam preservativo, 32% afirmaram confiar em suas parcerias, sendo essa proporção entre as mulheres de 45,6%, e, entre os homens, de 18,3%. O segundo motivo mais citado para o não uso foi a diminuição de seu prazer sexual e o de sua parceria (23,8%). Vinte por cento (20%) não responderam, e 16,1% alegaram não usá-la por não se sentirem em risco de serem infectados(as). A diminuição da sensibilidade foi declarada por 6,6% das pessoas, todas do sexo feminino. Apenas 1,6%, todas também do sexo feminino, afirmaram não utilizar camisinha por reportarem alergia em si ou na parceria.

No que concerne à testagem para o HIV, 59,2% das pessoas afirmaram ter se testado ao menos uma vez na vida, sendo essa proporção ligeiramente mais elevada entre mulheres do que entre homens (65% e 53,3%, respectivamente). Apenas 8,1% dos indivíduos já se testaram para o HIV utilizando testes rápidos de fluido oral, e os locais mais frequentes de realização do teste foram laboratórios ou clínicas particulares (76,3%). O principal motivo para a realização de teste foi ter tido relações sem proteção (30,64%). Apenas 17,7% afirmaram testar-se periodicamente. Entre as pessoas que nunca se testaram, o principal motivo indicado foi o de não se sentirem em risco de infecção (48,5%) ou por não reconhecerem nenhum motivo para fazê-lo (36,4%). Das pessoas que já haviam se testado, 81,9% sabiam o resultado do teste.

Após a ocorrência de situações de risco sexual, 44,8% dos indivíduos afirmaram ter feito um teste de HIV após um período (19,4% entre as mulheres e 43,3% entre os homens), e 34,7% não se testaram, apesar da preocupação (31,9% entre mulheres e 16,7% entre homens).

Ademais, quando perguntados sobre sua opinião quanto ao risco próprio de se infectar pelo vírus, 13,1% afirmaram não possuir nenhum risco, 41,9%, pouco risco; 20,7%, risco moderado; e 6,3%, grande risco. Os demais não souberam ou não quiseram responder. Ao se correlacionarem os dados referentes ao não uso do preservativo e a percepção de risco de se infectar pelo HIV, possui destaque o fato de

que os sujeitos da pesquisa que não usam regularmente o preservativo têm baixa percepção do risco real de adquirir o HIV/aids.

Em relação à hipótese de tomar medicamentos ARV todos os dias, caso isso prevenisse a infecção pelo HIV, 34,8% dos indivíduos afirmaram que os tomariam, sendo essa proporção entre as mulheres superior à dos homens (51,3% e 18,3%, respectivamente). Sob a mesma hipótese de uso diário de ARV como prevenção, 75,4% dos indivíduos afirmaram que não deixariam de usar camisinha, e 78,9% afirmaram que não teriam um número maior de relações sexuais.

No mesmo contexto, o medo de sentirem os efeitos colaterais dos ARV faria com que 36,4% dos indivíduos deixassem de tomar esses medicamentos, sendo 53,3% dos homens e 19,4% das mulheres. Em contrapartida, 69,6% dos indivíduos afirmaram que não deixariam de tomar os medicamentos por medo de outras pessoas acharem que elas têm HIV.

A totalidade dos homens pesquisados na presente amostra relatou que deixaram de usar o preservativo devido ao uso de álcool e outras drogas. Entre as mulheres, essa proporção foi de 93,8%. Em ambos os sexos, 60,2% afirmaram que não usaram preservativo quando estavam sob o uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais.

4.5 Variáveis estudadas

Para melhor organização da pesquisa, as variáveis foram divididas de acordo com os blocos constantes no instrumento de coleta de dados final, conforme os Quadros 2, 3, 4 e 5. A variável 1 tem a função de apenas identificar o instrumento de coleta de dados.

Quadro 2. Bloco A – Dados sociodemográficos

Variável 1	Número – número do participante da entrevista; serve para indicar o instrumento de coleta e para quantificar as entrevistas.
Variável 2	Idade – descrição numérica da idade do participante no dia da coleta do dado.
Variável 3	Sexo – descreve o sexo do participante, com as opções de resposta: masculino e feminino.
Variável 4	Estado conjugal – identificação do estado conjugal, com as opções de resposta: nunca foi casado(a), separado(a), casado(a) atualmente, divorciado(a), vive com companheiro(a) atualmente e viúvo(a).
Variável 5	Grau de escolaridade, com as opções de resposta: analfabeto(a), 1ª à 3ª série do ensino fundamental, 4ª à 7ª série do ensino fundamental, ensino fundamental completo, 1ª ou 2ª série do ensino médio, ensino médio completo, superior incompleto e superior completo.
Variável 6	Identificação de raça/cor, com as opções de resposta: branca, preta, indígena, amarela, parda, não sei responder.
Variável 7	Identificação se o participante trabalha no momento da coleta de dados, com as opções de resposta: servidor(a) público(a), empregado(a) com carteira de trabalho, empregado(a) sem carteira de trabalho, trabalha por conta própria e não tem empregados, empregador(a) e não trabalha atualmente.
Variável 8	Identificação da classe sócia econômica, com as opções de resposta e sua respectiva quantidade: Televisão: não tem () 1 () 2 () 3 () () 4 ou + Rádio: não tem () 1 () 2 () 3 () () 4 ou + Banheiro: não tem () 1 () 2 () 3 () () 4 ou + Automóvel: não tem () 1 () 2 () 3 () () 4 ou + Empregada mensalista: não tem () 1 () 2 () 3 () () 4 ou + Máquina de lavar: não tem () 1 () 2 () 3 () () 4 ou + Videocassete ou DVD: não tem () 1 () 2 () 3 () () 4 ou + Geladeira: não tem () 1 () 2 () 3 () () 4 ou + Freezer*: não tem () 1 () 2 () 3 () () 4 ou + *aparelho independente ou parte da geladeira duplex

(continuação do Quadro 2)

Variável 9	Identificação de acesso à internet, com as opções de resposta: sim, em casa; sim, no trabalho; sim, no celular; sim, em outro lugar (por exemplo, <i>lan house</i>); não.
Variável 10	Mapear o local de moradia do participante no momento da coleta de dados, mediante a questão: "Onde você mora?", com as opções de resposta: Asa Sul, Asa Norte, Lago Sul, Lago Norte, Núcleo Bandeirante, Candangolândia, Guará, Cruzeiro, Ceilândia, Brazlândia, Taguatinga, Samambaia, Recanto das Emas, Sobradinho, Planaltina, Paranoá, São Sebastião, Gama, Santa Maria.
Variável 11	Identificar se o participante possui religião no momento da coleta de dados, com as opções de resposta: sim e não.
Variável 12	Identificar qual a religião do participante no momento da coleta, com as opções de resposta: Católica, Protestante histórica (Anglicana, Metodista, Presbiteriana, Batista, Adventista, outra), Evangélica pentecostal ou neopentecostal (Assembleia de Deus, Universal do Reino de Deus, Internacional da Graça, Bola de Neve, Congregação Cristã do Brasil, Renascer em Cristo, etc.), Espírita kardecista, Umbanda, Candomblé, Outra religião de raiz afro-brasileira (jurema, tambor de Mina, batuque), Budismo, Igrejas inclusivas (Igreja Cristã Metropolitana, Comunidade Cristã Nova Esperança, Igreja para Todos, Comunidade Cidade Refúgio, Igreja Cristã Contemporânea, etc.) e () outra religião (qual?)

Fonte: a autora.

Quadro 3. Bloco B – Conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para a prevenção da transmissão do HIV

Variável 13	Se uma pessoa usar camisinha toda vez que tiver relação sexual ela terá menos risco de se infectar pelo HIV, com as opções de resposta: concordo, discordo, não sei, não quero responder.
Variável 14	Se uma pessoa tiver relações sexuais somente com um parceiro fiel e não infectado pelo HIV ela terá menos risco de se infectar, com as opções de resposta: concordo, discordo, não sei, não quero responder.
Variável 15	Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV, com as opções de resposta: concordo, discordo, não sei, não quero responder.
Variável 16	Uma pessoa pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo, com as opções de resposta: concordo, discordo, não sei, não quero responder.
Variável 17	Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições com alguém que está infectado, com as opções de resposta: concordo, discordo, não sei, não quero responder.
Variável 18	Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringas ou agulhas com outras pessoas, com as opções de resposta: concordo, discordo, não sei, não quero responder.

(continuação do Quadro 3)

Variável 19	Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais, com as opções de resposta: concordo, discordo, não sei, não quero responder.
Variável 20	Existe cura para a aids, com as opções de resposta: concordo, discordo, não sei, não quero responder.
Variável 21	Uma pessoa com HIV que está tomando corretamente o medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa, com as opções de resposta: concordo, discordo, não sei, não quero responder.
Variável 22	Se uma mulher grávida estiver com o HIV, e ela receber tratamento durante a gravidez e no parto, o risco de passar o HIV para o filho diminui, com as opções de resposta: concordo, discordo, não sei, não quero responder.
Variável 23	Você já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV?, com as opções de resposta: sim e não.
Variável 24	Você acha que tomar medicamentos antirretrovirais ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV pode funcionar para proteger você do HIV?, com as opções de resposta: sim, não e não sei.
Variável 25	Se no Brasil fossem disponibilizados gratuitamente medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV, você os tomaria todos os dias para diminuir o risco de infecção pelo HIV?, com as opções de resposta: sim, tomaria; não precisaria tomar, pois nunca me exponho a situações de risco; não, teria medo de tomar esses medicamentos todos os dias; não, pois não gosto dos efeitos que esses medicamentos provocam; e não tenho certeza se esses medicamentos servem para evitar o HIV.
Variável 26	Você já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção, tais como sexo sem camisinha, rompimento da camisinha, violência sexual, compartilhamento de instrumentos para uso de drogas e acidente de trabalho?, com as opções de resposta: sim e não.
Variável 27	Você acha que tomar medicamentos antirretrovirais para prevenção do HIV APÓS uma situação de risco de infecção pode funcionar para proteger você do HIV?, com as opções de resposta: sim, não e não sei.
Variável 28	Você já ouviu falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV? Microbicidas são cremes ou géis utilizados no ânus durante a relação sexual para prevenir o HIV, com as opções de resposta: sim e não.
Variável 29	Você já ouviu falar em circuncisão/"cirurgia de fimose" para prevenir a infecção pelo HIV?, com as opções de resposta: sim e não.
Variável 30	Você já ouviu falar em autotestagem domiciliar para o HIV? Autotestagem domiciliar é quando você mesmo faz o teste do HIV em sua casa, da mesma forma que se faz um teste de gravidez, com as opções de resposta: sim e não.

(continuação do Quadro 3)

Variável 31	Você faria a autotestagem domiciliar para saber se você tem HIV/aids?, com as opções de resposta: sim, não e não sei.
Variável 32	Você já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva?, com as opções de resposta de resposta: sim e não.
Variável 33	Você acha que se existisse um teste de HIV de saliva disponível para compra em farmácias, você faria o teste de HIV por conta própria para saber se você tem HIV/aids?, com as opções de resposta: sim, não, não sei e não quero responder.
Variável 34	Caso queira realizar um teste de HIV/aids, você sabe aonde ir?, com as opções de resposta: sim, não e não sei.
Variável 35	Você já buscou informação de prevenção à infecção pelo HIV?, com as opções de resposta: sim e não. Se já buscou informação de prevenção à infecção pelo HIV, aonde foi? Você pode selecionar mais de uma alternativa, com as opções de resposta: cartazes, panfletos, <i>folders</i> ; televisão; rádio; internet; jornais; escola; trabalho; instituição religiosa; serviço de saúde pública; serviço de saúde particular; atividades educativas (festas, shows etc.); família; amigos e outros lugares. Quais?
Variável 36	Você acha que a informação disponível sobre prevenção à infecção do HIV é, com as opções de resposta: bastante suficiente; suficiente; nem suficiente, nem insuficiente; insuficiente e bastante insuficiente.
Variável 37	Você acha que a informação disponível sobre locais de acesso para você fazer o teste do HIV é, com as opções de resposta: bastante suficiente; suficiente; nem suficiente, nem insuficiente; insuficiente e bastante insuficiente.
Variável 38	Onde você gostaria de obter informações sobre HIV/aids? Você pode selecionar mais de uma alternativa, com as opções de resposta: cartazes, panfletos, <i>folders</i> ; televisão; rádio; internet; jornais; escola; trabalho; instituição religiosa; serviço de saúde pública; serviço de saúde particular; atividades educativas (festas, shows etc.); família; amigos e outros lugares. Dê sugestões.

Fonte: a autora.

Quadro 4. Bloco C – Comportamento sexual

Variável 39	Você já teve relações sexuais alguma vez na vida?, com as opções de resposta: sim e não. Se não, entregue seu questionário para o pesquisador.
Variável 40	Em relação à sua prática sexual, você, com as opções de resposta: faz sexo SÓ com mulheres; faz sexo com homens E mulheres; faz sexo SÓ com homens; faz sexo SÓ com transexuais/travesti; faz sexo com transexuais/travesti e homens; faz sexo com transexuais/travesti e mulheres e faz sexo com transexuais/travesti, homens e mulheres.
Variável 41	Qual a sua orientação sexual? (Marque apenas uma resposta), com as opções de resposta: homossexual, bissexual e heterossexual.
Variável 42	Você usou camisinha na sua primeira relação sexual?, com as opções de resposta: sim, não, não sei e não quero responder.

(continuação do Quadro 4)

Variável 54	Você deixaria de tomar medicamentos antirretrovirais por medo de efeitos colaterais?, com as opções de resposta: sim, não, não sei e não quero responder.
Variável 55	Você deixaria de tomar medicamentos antirretrovirais por medo de as pessoas acharem que você tem HIV?, com as opções de resposta: sim, não, não sei e não quero responder.
Variável 56	Você concorda com a seguinte afirmação: “o uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas transem sem usar camisinha”?, com as opções de resposta: sim, não, não sei e não quero responder.
Variável 57	Isso já aconteceu com você?, com as opções de resposta: sim, não, não sei e não quero responder.
Variável 58	Na sua opinião, qual o risco de você se infectar pelo HIV?, com as opções de resposta: nenhum, pouco, moderado (mais ou menos), grande, não sei e não quero responder.
Variável 59	Por que você não usa camisinha? Você pode selecionar mais de uma alternativa. Se você usa camisinha, não responda. Vá para a questão D1, com as opções de resposta: porque a sensibilidade fica reduzida; porque causa alergia em mim ou no(a) meu(minha) parceiro(a); porque tem mau cheiro; porque confio no(a) meu(minha) parceiro(a), porque diminui meu prazer sexual ou o do(a) meu(minha) parceiro(a); porque correr riscos me excita; porque não me sinto em risco de ser infectado(a) pelo HIV; porque o uso de camisinha gera desconfiança entre os parceiros que têm relação afetiva; e porque o HIV/aids só atinge grupos de risco.

Fonte: a autora.

Quadro 5. Bloco D – Teste do HIV

Variável 60	Você já fez o teste para aids alguma vez na vida?, com as opções de resposta: sim, não, não me lembro/não quero responder.
Variável 61	Quando foi a última vez que você fez o teste do HIV?, com as opções de resposta: há menos de três meses; entre três e seis meses atrás; entre seis meses e um ano atrás; entre um e dois anos atrás; há mais de dois anos; e não fiz o teste para o HIV.

(continuação do Quadro 5)

Variável 62	Em que local você fez o último teste do HIV?, com as opções de resposta: CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento); outro serviço público de saúde; banco de sangue para doação; no local que trabalha; laboratórios/clínicas particulares; trailer; campanha de rua; outro local (qual?); e não fiz o teste para o HIV.
Variável 63	Qual foi o principal motivo para você ter feito o último teste para aids? (Marcar uma opção), com as opções de resposta: por achar que tinha algum risco; pré-natal/parto; sempre me testo periodicamente; no serviço de saúde me orientaram a fazer o teste periodicamente; transei sem camisinha; me expus a uma situação de risco; a camisinha estourou; fui forçado(a) a não usar camisinha; doei sangue somente para me testar; doei sangue porque precisei; por curiosidade; o(a) parceiro(a) pediu; o(a) parceiro(a) está com o HIV; desconfiei que o(a) parceiro(a) tinha ou poderia ter o HIV; por indicação médica; outro motivo (qual?); não me lembro/não quero responder; e não fiz o teste para o HIV.
Variável 64	Ainda com relação ao seu último teste para aids, você sabe o resultado?, com as opções de resposta: sim, não (se não, vá para a questão D7), Não me lembro/não quero responder (se não lembra/não quer responder, vá para a questão D7) e não fiz o teste para o HIV.
Variável 65	Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste?, com as opções de resposta: positivo, negativo, não quero informar, não sei o resultado e não fiz o teste para o HIV.
Variável 66	Você já doou sangue alguma vez na vida?, com as opções de resposta: sim, nos últimos 12 meses; sim, entre um ano e 20 anos atrás; sim, há mais de 20 anos; e não.
Variável 67	Qual o principal motivo de você nunca ter feito o teste do HIV? Você pode selecionar mais de uma alternativa, com as opções de resposta: não me sinto em risco, não vejo motivo, não sei onde fazer o teste, tenho medo, tenho vergonha, tenho medo de sofrer estigma e discriminação se for HIV positivo, outro motivo (qual?) e fiz o teste para o HIV.
Variável 68	Caso fosse constatado que você tem HIV/aids, como você ficaria?, com as opções de resposta: tranquilo(a), preocupado(a) e desesperado(a).

Fonte: a autora.

4.6 Relação entre os objetivos e o número da questão no instrumento de coleta de dados

A Tabela 4 fundamenta as perguntas do roteiro de entrevista, constante no Apêndice F, relacionando-as com os objetivos da pesquisa e com os domínios de conhecimento, atitude e prática.

Para mensurar o conhecimento fez-se o uso das variáveis de interesse contidas nos objetivos 2 e 7; para investigar a atitude, as variáveis empregadas nos objetivos 5 e 6; e em se tratando da identificação da prática considerou-se as variáveis descritas nos objetivos 3 e 4. As variáveis contidas no objetivo 1 foram utilizadas nas associações com o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes da pesquisa.

Tabela 4. Relação entre os objetivos da pesquisa e o número da questão no instrumento de coleta de dados

Objetivos específicos	Número da questão no instrumento de coleta de dados
1 Identificar o perfil socioeconômico e demográficos dos participantes da pesquisa	(Bloco A) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9
2 Mensurar o conhecimento a respeito das formas de transmissão do HIV e das estratégias da Prevenção Combinada do HIV	(Bloco B) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14,16, 17, 18, 20, e 22 (Bloco D) 4
3 Mapear o comportamento sexual dos entrevistados	(Bloco C) 1, 2, 3,5, 6, 15, 18 e 19
4 Averiguar o uso do preservativo masculino nas relações sexuais e os fatores associados ao seu não uso	(Bloco A) 10 e 11 (Bloco C) 4, 7, 8, 9,14 e 21
5 Descrever a percepção de risco de infecção pelo HIV	(Bloco B) 12, 13, 15, 19 e 21 (Bloco C) 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18,19 e 20 (Bloco D) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
6 Identificar os fatores emocionais, cognitivos e humanos que impactam na prática informacional de prevenção à infecção pelo HIV	(Bloco A) 10,11 (Bloco B) 12,13, 15, 19, 21, 22, 23, 24, 25 e 26 (Bloco C) 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 21 (Bloco D) 1, 4, 8 e 9

7 Realizar georreferenciamento do nível de conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV	(Bloco A) 9 (Bloco B) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17,18, 20 e 22
---	--

Fonte: a autora.

4.7 Aspectos éticos

Tendo em vista a conveniência de se examinarem os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, submeteu-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (CEP-CHS) da Universidade de Brasília e este foi aprovado sob o CAAE de número 92135318.1.0000.5540.

5 RESULTADOS

5.1 Trabalho de campo

O trabalho de campo foi realizado no período de 25/09/2018 a 22/02/2019. Foram entrevistados 420 indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, residentes no DF, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, atenderam aos critérios de elegibilidade do estudo e assinaram o TCLE.

Tendo em vista o ambiente natural proposto para o presente estudo, em que se encontra a população geral, fez-se necessário que o recrutamento dos participantes da pesquisa ocorresse extramuros, isto é, em locais de sociabilidade, nos quais a vida e as atividades cotidianas acontecem espontaneamente. Elegeram-se, então, espaços públicos estratégicos de grande aglomeração de pessoas nas 15 (quinze) Regiões Administrativas (RA) do DF, a saber: terminais de ônibus, bibliotecas, parques, feiras e centros universitários.

Para maior adesão ao recrutamento e sucesso na captação de potenciais participantes elegíveis, fez-se imprescindível definir estratégias de sensibilização que abarcassem: (i) a importância da pesquisa e os benefícios advindos desta, com destaque para a geração de evidências científicas que poderão subsidiar as políticas públicas de prevenção do HIV//aids; (ii) a garantia do anonimato, sem a possibilidade de identificação dos indivíduos; e (iii) o direito à confidencialidade das informações coletadas.

Em razão do quantitativo de entrevistas necessárias para o alcance da amostra (n=408), estabelecida no plano amostral, os dados foram coletados por uma equipe de pesquisa de campo treinada, composta por 5 (cinco) indivíduos de ambos os sexos, além da pesquisadora, e estruturada, exclusivamente, para essa finalidade. Tal estratégia permitiu que o n^o amostral estimado fosse ultrapassado em cerca de 3%, atingindo-se, então, 420 entrevistados.

Antes da coleta, foram realizados dois treinamentos com a equipe, nos quais se aplicou o instrumento de coleta, em pares, por meio da técnica do *role-playing* (SOUZA; ORTI, BOLSONI-SILVA, 2012), com vistas a pôr em prática questões com as quais os entrevistadores poderiam se defrontar durante a investigação; preparar e

discutir possíveis dificuldades e definir estratégias de contingenciamento destas durante o processo da entrevista; e obter a reprodutibilidade e padronização em campo.

A coleta de informações junto às pessoas entrevistadas, em decorrência da natureza íntima das questões e dos temas abordados tanto no Bloco C – Comportamento sexual, quanto no Bloco D – Teste de HIV, poderiam causar constrangimento, inibição, recusa ou falseamento nas informações. Portanto, estas foram autopreenchidas de maneira privada pelo próprio indivíduo e, ao final do processo de coleta dos dados, cada instrumento era acondicionado em um envelope pardo padrão do projeto e lacrado na frente do entrevistado.

Para a consolidação e a criação do banco de dados das entrevistas, utilizou-se a plataforma de entrada de dados FormSUS. Para tanto, elaborou-se um formulário do instrumento de coleta de dados para que, *a posteriori*, fosse dado início ao preenchimento das respostas coletadas e à realização das análises.

5.2 Análise dos dados

Para a análise estatística, utilizou-se o aplicativo SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 18.0 para Windows. O nível de significância estatística adotado foi de 0,05. Realizaram-se associações entre variáveis categóricas por meio do teste do qui-quadrado de Pearson.

5.2.1 (OE1) Perfil socioeconômico e demográfico dos participantes da pesquisa

A população do estudo foi composta, na sua maioria, por mulheres (61,19%), sendo a faixa etária mais prevalente a de mais de 35 anos (34,76%). A maior parte da amostra constituiu-se de indivíduos que se autodeclararam pardos (49,15%), seguidos de brancos (34,06 %) e pretos (13,87 %). Em relação ao grau de escolaridade, 76,43% dos participantes referiram ter ensino superior (incompleto ou completo); 61,43% viviam com companheiro; 99,52% tinham acesso à internet; e 77,14% trabalhavam na época da pesquisa (Tabela 5).

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas características sociodemográficas entre homens e mulheres, com exceção da situação laboral ($p=0,0145$), na qual se teve um percentual maior de homens que trabalhavam.

A RA com maior representatividade, considerando o cálculo amostral, foi a região de Ceilândia (16,90%), seguida de Taguatinga (14,05%) e da Asa Sul/Asa Norte/Lago Sul/Lago Norte (13,10%).

Tabela 5. Características sociodemográficas da amostra. Distrito Federal, 2018-2019.

Variáveis sociodemográficas	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Total	257	61,19	163	38,81	420	100,00
Faixa etária						
<25 anos	87	33,85	49	30,06	136	32,38
25-35 anos	80	31,13	58	35,58	138	32,86
>35 anos	90	35,02	56	34,36	146	34,76
Estado conjugal						
Vive com companheiro(a)	100	38,91	62	38,04	162	38,57
Vive sem companheiro(a)	157	61,09	101	61,96	258	61,43
Grau de escolaridade						
Ensino fundamental	15	5,84	10	6,13	25	5,95
Ensino médio	46	17,90	28	17,18	74	17,62
Ensino superior	196	76,26	125	76,69	321	76,43
Raça/cor						
Branca	86	34,13	54	33,96	140	34,06
Preta	38	15,08	19	11,95	57	13,87
Parda	118	46,83	84	52,83	202	49,15
Amarela	8	3,17	1	0,63	9	2,19
Indígena	2	0,79	1	0,63	3	0,73
Trabalha atualmente						
Sim	188	73,15	136	83,44	324	77,14
Não	69	26,85	27	16,56	96	22,86
Acesso à internet						
Sim	254	99,22	163	100	417	99,52
Não	2	0,78	0	0	2	0,48
Região Administrativa						
Asa Sul/Asa Norte/Lago Sul/Lago Norte	35	13,62	20	12,27	55	13,10
Brazlândia	7	2,72	4	2,45	11	2,62
Ceilândia	43	16,73	28	17,18	71	16,90
Gama	15	5,84	6	3,68	21	5,00
Guará/Cruzeiro	15	5,84	9	5,52	24	5,71
Núcleo Bandeirante/Candangolândia	12	4,67	8	4,91	20	4,76
Paranoá	11	4,28	8	4,91	19	4,52
Planaltina	12	4,67	16	9,82	28	6,67
Recanto das Emas	11	4,28	10	6,13	21	5,00
Samambaia	25	9,73	8	4,91	33	7,86
Santa Maria	12	4,67	6	3,68	18	4,29

Sobradinho	15	5,84	10	6,13	25	5,95
São Sebastião	12	4,67	3	1,84	15	3,57
Taguatinga	32	12,45	27	16,56	59	14,05

Fonte: a autora.

5.2.2 (OE2) Conhecimento a respeito das formas de transmissão do HIV e das estratégias da Prevenção Combinada do HIV

Considerou-se como indicador de conhecimento o percentual de indivíduos que detinham informações corretas sobre as formas de transmissão do HIV, estabelecido pela concordância com as seguintes afirmativas: 1) se uma pessoa usar camisinha toda vez que tiver relação sexual, ela terá menos risco de se infectar pelo HIV; 2) se uma pessoa tiver relações sexuais somente com um parceiro fiel e não infectado pelo HIV, ela terá menos risco de se infectar; 3) uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV; 4) uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringas ou agulhas com outras pessoas; 5) uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais; 6) se uma mulher grávida estiver com o HIV e se ela receber tratamento durante a gravidez e no parto, o risco de passar o HIV para o filho diminui; 7) uma pessoa não pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo; 8) uma pessoa não pode se infectar pelo compartilhamento de talheres, copos ou refeições com alguém que está infectado; e 9) não existe cura para aids.

Em relação ao conhecimento sobre as intervenções biomédicas baseadas no uso de antirretrovirais (ARV), foram analisados os percentuais de indivíduos que: 10) concordavam que uma pessoa com HIV que está tomando corretamente o medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa; 11) tinham ouvido falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV; e 12) tinham ouvido falar em medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção, tais como sexo sem camisinha, rompimento da camisinha, violência sexual, compartilhamento de instrumentos para uso de drogas e acidente de trabalho.

Quanto ao conhecimento sobre a abordagem comportamental associada à Prevenção Combinada, foram utilizados indicadores referentes à testagem para o HIV e seus significados, estabelecidos pelo percentual de indivíduos que: 13) tinham ouvido falar no autoteste domiciliar para o HIV; 14) tinham ouvido falar no teste de HIV mediante saliva, realizado pela própria pessoa; e 15) sabiam aonde ir para realizar o teste de HIV.

Para a análise acerca do conhecimento de medidas preventivas complementares às outras intervenções, foram considerados os indicadores de conhecimento sobre 16) microbicidas e 17) circuncisão/“cirurgia de fimose” para prevenir a infecção pelo HIV.

A Tabela 6 apresenta o percentual de indivíduos que concordaram com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV em toda a população em estudo, estratificada por sexo. A maioria dos indivíduos que participaram do estudo concordaram que uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas (98,81%) e que usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual (95,47%). Cerca de 85% das pessoas entrevistadas sabiam aonde ir caso quisessem realizar um teste de HIV e aproximadamente 70% dos indivíduos sabiam que uma mulher grávida que esteja com HIV e receba tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho. O percentual de acerto para as afirmações “Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo” e “Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições” foi de 70,41% e 79,90%, respectivamente. Um percentual razoável foi observado em relação à afirmação de que não existe cura para a aids (79,90%). Um dos piores desempenhos sobre o conhecimento em relação ao HIV foi verificado na afirmativa “Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa” (37,29%).

Em relação à comparação entre os sexos, apenas alguns itens apresentaram diferença significativa entre homens e mulheres. Os homens demonstraram melhor conhecimento em relação à redução do risco de transmissão do HIV quando se tem relações com parceiros fiéis e não infectados (85,80%), quando comparados às mulheres (70,04%). Também mostraram ter maior conhecimento sobre a PrEP

(30,06% vs. 20,00%), a prevenção da infecção pelo HIV por meio de circuncisão/“cirurgia de fimose” (24,69% vs.13,62%) e a testagem domiciliar para o HIV (26,09% vs. 19,14%).

Por outro lado, as mulheres apresentaram maiores percentuais de concordância com as afirmativas de que uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições (83,53% vs. 74,23%) e de que não existe cura para a aids (67,58% vs. 64,78%), e sabiam aonde ir caso quisessem realizar um teste de HIV (87,55% vs. 82,21%).

Tabela 6. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por sexo. Distrito Federal, 2018-2019.

Informações sobre HIV	Total (n=420)	Feminino (n=257)	Masculino (n=163)	p-valor
O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado	76,13	70,04	85,80	0,0009
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	89,71	89,84	89,51	0,4866
Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual	95,47	95,70	95,09	0,8312
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	79,90	83,53	74,23	0,0460
Uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho	69,21	67,32	72,22	0,5461
Não existe cura para a aids	66,51	67,58	64,78	0,8208
Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa	37,29	37,94	36,25	0,5913
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas	98,81	98,83	98,77	0,3871
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais	97,61	99,22	95,06	0,0107
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo	70,41	72,66	66,87	0,3158
Já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV	23,92	20,00	30,06	0,0187
Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção	56,22	56,64	55,56	0,8275

Já ouviu falar em autotestagem domiciliar para o HIV	21,82	19,14	26,09	0,0945
Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva	28,23	26,67	30,67	0,3746
Sabe aonde ir caso queira realizar um teste de HIV/aids	85,48	87,55	82,21	0,3108
Já ouviu falar em microbidas para prevenir a infecção pelo HIV	11,27	11,02	11,66	0,8420
Já ouviu falar em circuncisão/"cirurgia de fimose" para prevenir a infecção pelo HIV	17,90	13,62	24,69	0,0040

Fonte: a autora.

Na Tabela 7, encontra-se a comparação entre as faixas etárias em relação ao conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV. Houve diferença estatisticamente significativa em relação às questões “Uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho” e “Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa”, sendo o maior percentual de conhecimento observado entre aqueles com idade entre 25 e 35 anos (76,09% e 39,71%, respectivamente). Aproximadamente 95% dos participantes mais velhos sabiam que usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual e 99,26% dos mais jovens concordaram que uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas.

Tabela 7. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por faixa etária. Distrito Federal, 2018-2019.

Informações sobre HIV	<25 anos (n=138)	25-35 anos (n=146)	>35 anos (n=136)	p- valor
O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado	71,11	76,81	80,14	0,2376
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	89,71	89,78	89,66	0,9999
Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual	94,85	95,62	95,89	0,8684
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	76,47	82,48	80,69	0,0762
Uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho	57,35	76,09	73,79	0,0087
Não existe cura para a aids	63,70	72,79	63,19	0,4224

Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa	34,56	39,71	37,59	0,0342
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas	99,26	98,55	98,63	0,6598
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais	98,52	97,10	97,26	0,5461
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo	66,18	68,12	76,55	0,2100
Já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV	16,30	24,09	30,82	0,0171
Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção	49,63	57,25	61,38	0,1347
Já ouviu falar em autotestagem domiciliar para o HIV	17,78	21,01	26,39	0,2115
Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva	18,52	31,88	33,79	0,0091
Sabe aonde ir caso queira realizar um teste de HIV/aids	78,68	89,86	87,67	0,0986
Já ouviu falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV	6,72	7,25	19,31	0,0008
Já ouviu falar em circuncisão/"cirurgia de fimose" para prevenir a infecção pelo HIV	18,38	15,94	19,31	0,7491

Fonte: a autora.

Quanto ao estado conjugal, não foram observadas diferenças significativas em relação ao conhecimento sobre o HIV. No entanto, pode-se observar que um percentual maior de pessoas que viviam com companheiro(a) concordaram que o risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado. Entre aqueles que viviam sem companheiro(a), 96,11% tinham conhecimento de que usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual (Tabela 8).

Tabela 8. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por estado conjugal. Distrito Federal, 2018-2019.

Informações sobre HIV	Vive com companheiro(a)		p-valor
	Sim (n=162)	Não (n=258)	
O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado	79,63	73,93	0,2386
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	90,68	89,11	0,8613

Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual	94,44	96,11	0,3655
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	80,00	79,84	0,2924
Uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho	72,67	67,05	0,4409
Não existe cura para a aids	68,99	64,98	0,1913
Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa	34,59	38,98	0,3494
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas	98,77	98,84	0,3860
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais	97,52	97,67	0,4271
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo	71,60	69,65	0,3027
Já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV	22,84	24,61	0,6794
Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção	61,25	53,10	0,1026
Já ouviu falar em autotestagem domiciliar para o HIV	22,84	21,18	0,6886
Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva	30,43	26,85	0,4279
Sabe aonde ir caso queira realizar um teste de HIV/aids	86,42	84,88	0,9093
Já ouviu falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV	11,80	10,94	0,7860
Já ouviu falar em circuncisão/“cirurgia de fimose” para prevenir a infecção pelo HIV	16,77	18,60	0,6337

Fonte: a autora.

Ao analisar as afirmações segundo o grau de escolaridade (Tabela 9), é possível observar que, de forma geral, os participantes com mais anos de ensino possuíam melhor conhecimento sobre a forma de transmissão e prevenção do HIV. Pode-se verificar diferença significativa nos itens “Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV”(p-valor < 0,0001), “Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições” (p-valor = 0,0017), “Não existe cura para a aids” (p-valor = 0,0258), “Uma pessoa pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo” (p-valor = 0,0183) e “Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção” (p-valor = 0,0137), sendo os maiores percentuais encontrados entre os participantes com instrução superior. Os indivíduos com ensino fundamental mostraram ter maior conhecimento em relação à autotestagem domiciliar (28,00%) e sabiam aonde ir caso quisessem realizar um teste de HIV (88,00%), sendo este um achado singular.

Tabela 9. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por grau de escolaridade. Distrito Federal, 2018-2019.

Informações sobre HIV	Ensino fundamental (n=25)	Ensino médio (n=74)	Ensino superior (n=321)	p-valor
O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado	92,00	71,62	75,94	0,3196
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	68,00	81,08	93,42	< 0,0001
Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual	92,00	93,15	96,26	0,3274
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	75,00	63,51	84,06	0,0017
Uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho	68,00	66,02	70,00	0,9641
Não existe cura para a aids	48,00	55,56	70,44	0,0258
Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa	40,00	27,40	39,37	0,4383
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas	96,00	100,00	98,75	0,4805
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais	96,00	97,26	97,82	0,7021
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo	50,00	59,46	74,45	0,0183
Já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV	20,00	17,57	25,71	0,2996
Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção	44,00	43,06	60,12	0,0137
Já ouviu falar em autotestagem domiciliar para o HIV	28,00	13,70	23,20	0,1544
Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva	20,00	27,40	29,06	0,6156
Sabe aonde ir caso queira realizar um teste de HIV/aids	88,00	77,03	87,23	0,2020
Já ouviu falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV	0,00	10,96	12,23	0,1761
Já ouviu falar em circuncisão/"cirurgia de fimose" para prevenir a infecção pelo HIV	8,00	16,22	19,06	0,3492

Fonte: a autora.

Quando analisado o conhecimento sobre o HIV em relação à cor/raça, observa-se diferença significativa em poucos itens, a saber: “Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção” e “Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva”, sendo os percentuais mais baixos de conhecimento observados entre os indivíduos que se autodeclararam pretos. Independentemente da raça/cor, pode-se verificar um percentual razoavelmente baixo de conhecimento em relação à não existência de cura para aids (brancos: 67,86%, pretos: 60,00%, pardos: 68,34%). O conhecimento referente ao risco de se infectar pelo HIV quando não se usa camisinha nas relações sexuais foi superior a 90% em todos os grupos, com maior percentual entre aqueles que se autodeclararam brancos (97,86%), seguidos dos pardos (97,52%) e, posteriormente, dos pretos (96,43%) (Tabela 10).

Tabela 10. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por raça/cor*. Distrito Federal, 2018-2019.

Informações sobre HIV	Branca (n=140)	Preta (n=57)	Parda (n=202)	p-valor
O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado	78,57	68,42	77,61	0,5704
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	89,93	94,74	87,56	0,2537
Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual	96,43	89,47	96,52	0,0624
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	79,71	87,72	77,23	0,3309
Uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho	74,10	68,42	67,82	0,7789
Não existe cura para a aids	67,86	60,00	68,34	0,4915
Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa	39,57	36,36	35,35	0,5727
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas	98,57	98,25	99,50	0,5913
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais	97,86	96,43	97,52	0,9362

Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo	72,14	71,93	68,66	0,2673
Já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV	27,86	16,36	21,78	0,1848
Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção	64,75	44,64	52,97	0,0183
Já ouviu falar em autotestagem domiciliar para o HIV	23,57	19,30	20,60	0,7353
Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva	37,41	24,56	22,89	0,0111
Sabe aonde ir caso queira realizar um teste de HIV/aids	90,00	78,95	83,66	0,0547
Já ouviu falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV	13,04	8,77	10,95	0,6698
Já ouviu falar em circuncisão/“cirurgia de fimose” para prevenir a infecção pelo HIV	16,55	15,79	19,31	0,7339

Fonte: a autora.

*As categorias indígena e amarela não foram apresentadas devido à baixa frequência.

A Tabela 11 mostra que não houve diferença significativa entre as informações abordadas sobre a forma de transmissão e prevenção do HIV, com exceção das afirmações “Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa” (p -valor= 0,0321), “Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção” (p -valor= 0,0194) e “Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva” (p -valor = 0,0091) entre aqueles que trabalhavam e que não trabalhavam na época da pesquisa. Por outro lado, 71,52% dos indivíduos que trabalhavam concordaram que uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento do parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho, enquanto entre aqueles que não trabalhavam esse percentual diminui para 61,46%.

Tabela 11. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por situação laboral. Distrito Federal, 2018-2019.

Informações sobre HIV	Trabalha atualmente		p-valor
	Sim (n=324)	Não (n=96)	
O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado	76,54	74,74	0,7773
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	90,37	87,50	0,5414
Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual	95,98	93,75	0,3771
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	79,81	80,21	0,9745
Uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho	71,52	61,46	0,1518
Não existe cura para a aids	67,71	62,50	0,5847
Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa	39,31	30,53	0,0321
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas	99,07	97,92	0,3720
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais	97,52	97,92	0,9757
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo	71,52	66,67	0,5349
Já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV	25,70	17,89	0,1171
Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de infecção	40,68	54,17	0,0194
Já ouviu falar em autotestagem domiciliar para o HIV	22,36	20,00	0,6245
Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva	31,37	17,71	0,0091
Sabe aonde ir caso queira realizar um teste de HIV/aids	86,42	82,29	0,6000
Já ouviu falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV	12,46	7,29	0,1600
Já ouviu falar em circuncisão/“cirurgia de fimose” para prevenir a infecção pelo HIV	19,50	12,50	0,1160

Fonte: a autora.

Entre os indivíduos que tinham acesso à internet, 98,80% concordaram que uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas. Esse percentual se mantém alto quando é avaliado o uso de camisinha nas relações sexuais como forma de prevenção (97,60%). Observam-se percentuais

baixos de conhecimento em relação a microbidas e circuncisão/“cirurgia de fimose” para prevenir a infecção pelo HIV (11,35% e 18,03%, respectivamente) (Tabela 12).

Tabela 12. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, com acesso à internet. Distrito Federal, 2018-2019.

Informações sobre HIV	Total (n=417)
O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado	75,96
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	90,12
Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual	95,43
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	80,00
Uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho	69,23
Não existe cura para a aids	66,50
Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa	37,07
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas	98,80
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais	97,60
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo	70,74
Já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV	23,86
Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção	56,39
Já ouviu falar em autotestagem domiciliar para o HIV	21,98
Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva	27,95
Sabe aonde ir caso queira realizar um teste de HIV/aids	85,37
Já ouviu falar em microbidas para prevenir a infecção pelo HIV	11,35
Já ouviu falar em circuncisão/“cirurgia de fimose” para prevenir a infecção pelo HIV	18,03

Fonte: a autora.

Apesar de não haver diferença significativa de acordo com a orientação sexual (Tabela 13) em nenhuma das afirmações sobre as formas de transmissão do HIV, notam-se percentuais elevados de conhecimento sobre a maior parte dessas informações. Entre os homossexuais, 100% sabiam que uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV. Esse percentual se mantém para as

afirmações “Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas” e “Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais”. No entanto, apenas 3,7% destes já tinham ouvido falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV. Todos os participantes bissexuais acreditavam que usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual. Sobre a possibilidade de redução do risco de transmissão do HIV se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado, concordaram com essa informação 77,78% dos homossexuais, 70,59% dos bissexuais e 76,40% dos heterossexuais.

Tabela 13. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por orientação sexual. Distrito Federal, 2018-2019.

Informações sobre HIV	Homossexual (n=27)	Bissexual (n=35)	Heterossexual (n=356)	p-valor
O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado	77,78	70,59	76,40	0,6073
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	100,00	97,14	88,14	0,1755
Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual	88,89	100,00	95,49	0,0925
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	88,89	82,86	79,10	0,5419
Uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho	66,67	71,43	69,01	0,8056
Não existe cura para a aids	74,07	65,71	66,10	0,9467
Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa	51,85	40,00	35,53	0,1467
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas	100,00	97,14	98,88	0,7696
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais	100,00	97,14	97,46	0,7298
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo	77,78	77,14	69,30	0,5719

Já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV	37,04	20,00	23,45	0,2371
Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção	51,85	54,29	56,78	0,8575
Já ouviu falar em autotestagem domiciliar para o HIV	33,33	14,71	21,19	0,2023
Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva	29,63	20,00	28,53	0,5498
Sabe aonde ir caso queira realizar um teste de HIV/aids	81,48	85,71	85,67	0,9807
Já ouviu falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV	3,70	5,71	12,46	0,2106
Já ouviu falar em circuncisão/"cirurgia de fimose" para prevenir a infecção pelo HIV	22,22	11,43	18,31	0,5031

Fonte: a autora.

Quanto ao conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV, segundo a prática sexual, 86,49% dos participantes que faziam sexo somente com mulheres concordaram que o risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado. Esse percentual diminui entre aqueles que faziam sexo somente com homens (70,89%) e entre aqueles que faziam sexo tanto com homens como com mulheres (67,86%). Observa-se um percentual elevado de concordância em relação à afirmação de que é possível se infectar pelo HIV quando não se usa camisinha nas relações sexuais entre aqueles com prática sexual com ambos os sexos (100,00%), seguido de 99,16% entre aqueles que faziam sexo somente com homens e 95,24% entre aqueles que faziam sexo somente com mulheres (Tabela 14).

Tabela 14. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por prática sexual*. Distrito Federal, 2018-2019.

Informações sobre HIV	Somente com homens (n=237)	Somente com mulheres (n=148)	Ambos (n=29)	p-valor
O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado	70,89	86,49	67,86	0,0057

Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	89,41	88,44	96,55	0,5141
Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual	94,92	95,27	100,00	0,8125
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	84,26	72,97	79,31	0,0229
Uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho	69,20	68,03	75,86	0,7426
Não existe cura para a aids	68,22	64,58	58,62	0,8322
Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa	37,77	35,17	34,48	0,1610
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas	99,16	98,65	96,55	0,4294
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais	99,16	95,24	100,00	0,0650
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo	71,61	66,89	75,86	0,6629
Já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV	22,98	25,68	24,14	0,8344
Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção	59,32	51,02	55,17	0,2802
Já ouviu falar em autotestagem domiciliar para o HIV	19,49	26,53	17,24	0,2214
Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva	27,66	31,08	20,69	0,4881
Sabe aonde ir caso queira realizar um teste de HIV/aids	87,76	81,76	86,21	0,5757
Já ouviu falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV	12,39	10,14	31,91	0,7815
Já ouviu falar em circuncisão/“cirurgia de fimose” para prevenir a infecção pelo HIV	14,35	24,49	17,24	0,0429

Fonte: a autora.

*A categoria “faz sexo com transexuais/travesti, homens e mulheres” não foi apresentada devido à baixa frequência.

Na Tabela 15, são apresentadas as afirmações sobre a forma de transmissão e prevenção do HIV de acordo com o uso ou o não uso de preservativo na última relação. A diferença estatisticamente significativa entre esses dois grupos foi observada somente em relação à afirmação sobre a redução do risco de transmissão do HIV se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado (81,18% em quem não usou vs. 71,08% em quem usou). Apesar de não terem usado preservativo na última relação, 96,77% sabiam que usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual.

Tabela 15. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por uso de preservativo na última relação. Distrito Federal, 2018-2019.

Informações sobre HIV	Uso de preservativo na última relação		p-valor
	Sim (n=167)	Não (n=186)	
O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado	71,08	81,18	0,0447
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	91,57	87,57	0,3210
Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual	96,39	96,77	0,9801
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	80,24	82,07	0,9089
Uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho	65,66	73,12	0,0713
Não existe cura para a aids	69,94	65,41	0,2668
Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa	39,63	36,61	0,8040
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas	99,40	98,39	0,5649
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais	98,80	96,77	0,4175
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo	68,26	72,97	0,6249
Já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV	78,79	72,04	0,1441
Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção	59,64	51,89	0,1448
Já ouviu falar em autotestagem domiciliar para o HIV	23,17	23,12	0,9907
Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva	32,53	27,03	0,2596

Sabe aonde ir caso queira realizar um teste de HIV/aids	85,63	86,02	0,6780
Já ouviu falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV	13,33	11,29	0,5601
Já ouviu falar em circuncisão/"cirurgia de fimose" para prevenir a infecção pelo HIV	17,96	18,38	0,9198

Fonte: a autora.

Entre aqueles que alguma vez já haviam feito o teste de HIV utilizando saliva (Tabela 16), todos concordaram que uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas e 90,91% sabiam que usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual. Em relação a saber aonde ir caso se queira realizar um teste de HIV, 84,91% nunca tinham feito o teste usando fluido oral, comparados aos 91,30% que já haviam se testado dessa forma.

Tabela 16. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por realização de testagem de fluido oral. Distrito Federal, 2018-2019.

Informações sobre HIV	Testagem de fluido oral		p-valor
	Sim (n=23)	Não (n=391)	
O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado	69,57	76,41	0,6829
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	82,61	89,97	0,3526
Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual	90,91	95,65	0,2238
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	73,91	80,46	0,1913
Uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho	78,26	68,72	0,5756
Não existe cura para a aids	43,48	67,36	0,0100
Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa	43,48	36,98	0,6857
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas	100,00	98,72	0,8617
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais	95,65	97,69	0,3192
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo	56,52	71,28	0,0031
Já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV	34,78	23,39	0,2142

Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção	78,26	55,01	0,0289
Já ouviu falar em autotestagem domiciliar para o HIV	39,13	20,88	0,0397
Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva	47,83	26,99	0,0309
Sabe aonde ir caso queira realizar um teste de HIV/aids	91,30	84,91	0,5830
Já ouviu falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV	34,78	10,05	0,0003
Já ouviu falar em circuncisão/"cirurgia de fimose" para prevenir a infecção pelo HIV	40,91	16,62	0,0039

Fonte: a autora.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 17, o percentual de indivíduos que já tinham ouvido falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV é maior entre aqueles que faziam uso de antirretrovirais todos os dias (27,75%) quando comparados àqueles que não tomariam esses medicamentos cotidianamente (24,17%). No entanto, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao conhecimento sobre a existência de medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção. De fato, já tinham ouvido falar de PEP 65,57% dos que não usariam antirretrovirais diariamente, comparados aos 51,74% dos que os usariam.

Tabela 17. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por uso de medicamentos antirretrovirais todo dia se isso prevenisse a infecção pelo HIV. Distrito Federal, 2018-2019.

Informações sobre HIV	Uso de antirretrovirais preventivo			p-valor
	Sim (n=173)	Não (n=122)	Não sei (n=112)	
O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado	79,07	79,51	68,75	0,2600
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	87,79	90,98	91,89	0,5765
Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual	94,77	95,90	95,54	0,8159
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	74,42	87,60	79,46	0,0277
Uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho	69,77	68,03	70,54	0,5171

Não existe cura para a aids	66,08	70,83	62,50	0,3089
Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa	43,27	34,75	31,53	0,2680
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas	98,84	99,18	98,21	0,3634
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais	97,67	96,72	98,21	0,0817
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo	69,36	74,38	67,86	0,4614
Já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV	27,75	24,17	16,96	0,1114
Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção	51,74	65,57	52,25	0,0400
Já ouviu falar em autotestagem domiciliar para o HIV	24,42	22,31	18,02	0,4455
Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva	30,06	28,69	25,45	0,7018
Sabe aonde ir caso queira realizar um teste de HIV/aids	85,55	87,70	83,93	0,3272
Já ouviu falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV	16,28	8,20	8,18	0,0431
Já ouviu falar em circuncisão/"cirurgia de fimose" para prevenir a infecção pelo HIV	17,44	20,49	16,07	0,6596

Fonte: a autora.

Na Tabela 18, verifica-se -se um percentual maior de conhecimento sobre o HIV entre aqueles que buscaram informações sobre essa infecção quando comparados àqueles que não as buscaram, destacando-se a afirmação sobre a cura da aids (72,01% de conhecimento correto entre os que buscaram informação vs. 53,28% entre os que não as buscaram). Houve diferença estatisticamente significativa na maioria das afirmações, com exceção daquelas que abordam o uso de preservativo e a forma de transmissão por meio de talheres, copos ou refeições (p-valor=0,1558) e do compartilhamento de seringa ou agulha com outras pessoas (p-valor = 0,2933).

Tabela 18. Percentual (%) de indivíduos que concordam com as informações sobre a forma de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por busca por informações de prevenção à infecção pelo HIV. Distrito Federal, 2018-2019.

Informações sobre HIV	Informações sobre HIV		p-valor
	Sim (n=297)	Não (n=123)	
O risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado	77,03	73,98	0,1678
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	92,88	82,11	0,0037
Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual	96,62	92,68	0,0959
Uma pessoa não pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	81,82	75,21	0,1558
Uma mulher grávida que esteja com HIV e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento parto diminui o risco de passar HIV para o seu filho	72,97	60,16	0,0207
Não existe cura para a aids	72,01	53,28	0,0011
Uma pessoa que esteja tomando medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa	40,75	28,93	< 0,0001
Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas	98,99	98,37	0,2933
Pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais	97,97	96,75	0,2882
Não pode ser infectado pelo HIV ao ser picado por um inseto, como um mosquito ou pernilongo	73,31	63,41	0,0346
Já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV	27,70	14,75	0,0048
Já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção	63,05	39,84	< 0,0001
Já ouviu falar em autotestagem domiciliar para o HIV	25,76	12,30	0,0025
Já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva	34,12	13,93	< 0,0001
Sabe aonde ir caso queira realizar um teste de HIV/aids	89,90	74,80	0,0003
Já ouviu falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV	13,18	6,61	0,0544
Já ouviu falar em circuncisão/"cirurgia de fimose" para prevenir a infecção pelo HIV	20,27	12,20	0,0496

Fonte: a autora.

5.2.3 (OE3) Comportamento sexual

A Tabela 19 apresenta as características sociodemográficas e de comportamento sexual dos participantes de acordo com as respectivas práticas sexuais. Observa-se que, entre os mais velhos, 60,96% declararam ter relações sexuais somente com homens. O percentual de indivíduos que faziam sexo tanto com

homens quanto com mulheres é maior entre os mais jovens (15,44%) quando comparados aos mais velhos (2,74%).

Em relação à situação conjugal, 61,11% daqueles que viviam com companheiro(a) tinham relações sexuais somente com homens, observando-se uma diferença maior entre aqueles que viviam sem companheiro(a) (10,08%) e aqueles que viviam com companheiro(a) (1,85%) quanto à prática sexual com ambos os sexos.

Entre aqueles que referiram ser da raça/cor parda, 57,92% relataram fazer sexo somente com homens; percentual semelhante observa-se entre os que trabalhavam na época da pesquisa (56,17%) e os que tinham acesso à internet (56,12%). Quando avaliada a parceria sexual, tem-se um percentual maior de pessoas que afirmaram fazer sexo somente com mulheres entre aqueles que já haviam tido mais de dez parceiros(as) na vida (47,10%).

Tabela 19. Características sociodemográficas dos indivíduos de acordo com comportamento sexual*. Distrito Federal, 2018-2019.

Variáveis sociodemográficas	Somente com homens		Somente com mulheres		Com ambos		p-valor
	n=237	56,43%	n=148	35,24%	n=29	6,90%	
Sexo							< 0,0001
Feminino	221	85,99	13	5,06	19	7,39	
Masculino	16	9,82	135	82,82	10	6,13	
Faixa etária							0,0004
<25 anos	68	50,00	44	32,35	21	15,44	
25-35 anos	80	57,97	52	37,68	4	2,90	
>35 anos	89	60,96	52	35,62	4	2,74	
Estado conjugal							0,0020
Vive com companheiro(a)	99	61,11	60	37,04	3	1,85	
Vive sem companheiro(a)	138	53,49	88	34,11	26	10,08	
Grau de escolaridade							0,4165
Ensino fundamental	16	64,00	9	36,00	0	0,00	
Ensino médio	46	62,16	25	33,78	3	4,05	
Ensino superior	175	54,52	114	4,05	26	8,10	
Raça/cor							< 0,0001
Branca	78	55,71	49	35,00	11	7,86	
Preta	27	47,37	18	31,58	11	19,30	
Parda	117	57,92	76	37,62	7	3,47	
Amarela	8	88,89	1	11,11	0	0,00	
Trabalha atualmente							0,0001
Sim	182	56,17	125	38,58	14	4,32	
Não	55	57,29	23	23,96	15	15,63	
Acesso à internet							0,6689
Sim	234	56,12	148	35,49	29	6,95	
Não	2	100,00	0	0,00	0	0,00	

Orientação sexual							< 0,0001
Homossexual	15	55,56	12	44,44	0	0,00	
Bissexual	1	2,86	0	0,00	28	80,00	
Heterossexual	221	62,08	134	37,64	1	0,28	
Teste de HIV							0,4822
Sim	153	60,47	80	31,62	17	6,72	
Não	80	50,00	65	40,63	12	7,50	
Uso de preservativo na primeira relação							0,0279
Sim	147	63,64	66	28,57	14	6,06	
Não	81	46,82	75	43,35	15	8,67	
Não sei	6	50,00	6	50,00	0	0,00	
Uso de preservativo na última relação							0,1982
Sim	100	59,88	49	29,34	14	8,38	
Não	105	56,45	69	37,10	11	5,91	
Uso de PEP							0,1359
Sim	5	45,45	5	45,45	0	0,00	
Não	226	57,80	134	34,27	28	7,16	
Local de realização do teste							0,0351
Banco de sangue para doação	5	45,45	6	54,55	0	0,00	
CTA	7	38,89	6	33,33	3	16,67	
Laboratórios/clínicas particulares	85	63,43	40	29,85	8	5,97	
No local que trabalha	4	50,00	4	50,00	0	0,00	
Outro serviço público de saúde	47	65,28	21	29,17	4	5,56	
Motivo da realização do teste							-
Por achar que tinha algum risco	14	40,00	19	54,29	2	5,71	
Pré-natal/ parto	50	98,04	0	0,00	1	1,96	
Sempre me testo periodicamente	31	50,82	20	32,79	8	13,11	
Orientação do serviço de saúde	17	56,67	8	26,67	4	13,33	
Transei sem camisinha	11	36,67	13	43,33	6	20,00	
Me expus a uma situação de risco	1	7,14	9	64,29	3	21,43	
Doei sangue porque precisei	6	42,86	7	50,00	1	7,14	
Por curiosidade	22	44,90	24	48,98	2	4,08	
Por indicação médica	28	59,57	13	27,66	5	10,64	
Buscou informação							0,3837
Sim	174	58,59	100	33,67	18	6,06	
Não	63	51,22	48	39,02	11	8,94	
Risco de se infectar							0,2384
Alto	6	37,50	6	37,50	3	18,75	
Moderado	34	48,57	28	40,00	6	8,57	
Pouco/Nenhum	168	59,36	96	33,92	17	6,01	
Não sei	21	52,50	15	37,50	3	7,50	
Período de realização do teste							0,5191
Há menos de 3 meses	20	58,82	11	32,35	2	5,88	

Entre 3 e 6 meses atrás	21	58,33	11	30,56	2	5,56
Entre 6 meses e 1 ano atrás	32	54,24	21	35,59	6	10,17
Entre 1 e 2 anos atrás	27	62,79	12	27,91	4	9,30
Há mais de 2 anos	51	63,75	26	32,50	3	3,75
Mais de 10 parceiros(as) na vida						< 0,0001
Sim	54	39,13	65	47,10	15	10,87
Não	176	65,67	76	28,36	14	5,22
Regiões Administrativas						0,0443
Asa Sul/Asa Norte/Lago Sul/Lago Norte	29	52,73	14	25,45	10	18,18
Ceilândia	43	60,56	25	35,21	2	2,82
Gama	13	61,90	7	33,33	1	4,76
Guará/Cruzeiro	14	58,33	10	41,67	0	0,00
Núcleo Bandeirante/Candangolândia	13	65,00	5	25,00	2	10,00
Paranoá	11	57,89	7	36,84	0	0,00
Planaltina	10	35,71	17	60,71	1	3,57
Recanto das Emas	10	47,62	9	42,86	1	4,76
Samambaia	25	75,76	7	21,21	1	3,03
Santa Maria	11	61,11	6	33,33	1	5,56
Sobradinho	14	56,00	11	44,00	0	0,00
São Sebastião	10	66,67	3	20,00	2	13,33
Taguatinga	28	47,46	25	42,37	6	10,17

Fonte: a autora.

*Categorias não reportadas devido à baixa frequência: Indígena, Faz sexo com transexuais/travesti, homens e mulheres como prática sexual, Local de testagem em campanha de rua, RA Brazlândia, Não sabe se teve mais de 10 parceiros, Não lembra se já fez o teste de HIV.

Testagem

A Tabela 20 apresenta o percentual de realização do teste de HIV alguma vez na vida, de acordo com variáveis sociodemográficas e por sexo. Do total de participantes, 60,38% já haviam se testado para o HIV alguma vez na vida, sendo as mulheres as que mais o tinham feito (65,22%). Observa-se um maior percentual de testagem entre os participantes com idade acima de 35 anos (44,66%), que viviam com companheiro(a) (53,75%), que possuíam ensino superior (75,89%), que se autodeclararam pardos (45,08%), que trabalhavam (85,77%) e que tinham acesso à internet (99,60%). Em relação à orientação sexual, 84,52% eram heterossexuais, faziam sexo somente com homens (60,47%), haviam usado preservativo na primeira relação (50,99%), mas não na última (56,42%), e que se consideravam com baixo risco de se infectar pelo HIV (67,74%). Os locais de preferência para a testagem foram

laboratórios e clínicas particulares (52,99%), sendo que 20,16% haviam realizado o teste no pré-natal ou no parto e 24,11% referiram testar-se periodicamente, com a frequência predominante sendo há mais de dois anos (31,08%). Mais da metade dos participantes que já haviam realizado o teste de HIV não tiveram mais de dez parceiros na vida (59,20%) e a região com o maior percentual de realização de teste foi Taguatinga (16,21%).

As características sociodemográficas e de comportamento sexual são semelhantes entre homens e mulheres que já haviam se testado para o HIV, com exceção do uso de PEP, em relação ao qual se observa um percentual maior de homens (10,34%) que já tinham usado medicamentos antirretrovirais para evitar o HIV após uma exposição de risco quando comparados às mulheres (1,22%). Também é possível observar que mais homens referiram ter mais de dez parceiros na vida (60,47%) do que as mulheres (26,83%). A preferência pelo local de realização do teste é a mesma para homens e mulheres, sendo os laboratórios e clínicas particulares (48,28% para os homens vs. 55,49% para as mulheres) os preferidos, seguidos de outro local público de saúde (27,59% para os homens vs. 28,66% para as mulheres).

Tabela 20. Características sociodemográficas dos indivíduos que já fizeram teste de HIV alguma vez na vida*. Distrito Federal, 2018-2019.

Variáveis sociodemográficas	Masculino		Feminino		p-valor	Total		p-valor
	n=88	34,78%	n=165	65,22%		n=253	60,38%	
Faixa etária					0,7889			< 0,0001
<25 anos	17	19,32	32	19,39		49	19,37	
25-35 anos	34	38,64	57	34,55		91	35,97	
>35 anos	37	42,04	76	46,06		113	44,66	
Situação conjugal					0,8339			0,2323
Vive com companheiro(a)	40	45,45	77	46,67		117	46,25	
Vive sem companheiro(a)	48	54,55	88	53,33		136	53,75	
Escolaridade					0,5543			< 0,0001
Ensino fundamental	4	4,55	12	7,27		16	6,32	
Ensino médio	14	15,91	31	18,79		45	17,79	
Ensino superior	70	79,55	122	73,94		192	75,89	
Raça/cor					0,6862			< 0,0001
Branca	34	40,48	59	36,88		93	38,11	
Preta	10	11,90	23	14,38		33	13,52	
Parda	39	46,43	71	44,38		110	45,08	
Amarela	1	1,19	6	3,75		7	2,87	
Trabalha atualmente					0,1833			< 0,0001
Sim	79	89,77	138	83,64		217	85,77	
Não	9	10,23	27	16,36		36	14,23	

Acesso à internet					0,4643		< 0,0001
Sim	88	100,00	164	99,39		252	99,60
Não	0	0,00	1	0,61		1	0,40
Orientação sexual					0,3126		< 0,0001
Homossexual	10	11,49	10	6,06		20	7,94
Bissexual	6	6,90	13	7,88		19	7,54
Heterossexual	71	81,61	142	86,06		213	84,52
Prática sexual					< 0,0001		< 0,0001
Somente com homens	11	12,50	142	86,06		153	60,47
Somente com mulheres	70	79,55	10	6,06		80	31,62
Com ambos	6	6,82	11	6,67		17	6,72
Uso de preservativo na primeira relação					0,8911		< 0,0001
Sim	44	50,00	85	51,52		129	50,99
Não	41	46,59	76	46,06		117	46,25
Não sei	3	3,41	4	2,42		7	2,77
Uso de preservativo na última relação					0,6852		0,0579
Sim	33	41,77	62	44,60		95	43,58
Não	46	58,23	77	55,40		123	56,42
Uso de PEP					0,0016		< 0,0001
Sim	9	10,34	2	1,22		11	4,38
Não	76	87,36	161	98,17		237	94,42
Local de realização do teste					0,3954		< 0,0001
Banco de sangue para doação	6	6,90	5	3,05		11	4,38
CTA	9	10,34	9	5,49		18	7,17
Laboratórios/clínicas particulares	42	48,28	91	55,49		133	52,99
No local que trabalha	4	4,60	4	2,44		8	3,19
Outro serviço público de saúde	24	27,59	47	28,66		71	28,29
Motivo da realização do teste**					-		-
Por achar que tinha algum risco	19	21,59	15	9,09		34	13,44
Pré-natal/ parto	-	-	50	30,30		51	20,16
Sempre me testo periodicamente	25	28,41	36	21,82		61	24,11
Orientação do serviço de saúde	12	13,64	17	10,30		29	11,46
Transei sem camisinha	16	18,18	14	8,48		30	11,86
Me expus a uma situação de risco	9	10,23	4	2,42		13	5,14
Doei sangue porque precisei	8	9,09	6	3,64		14	5,53
Por curiosidade	24	27,27	24	14,55		48	18,97
Por indicação médica	13	14,77	33	20,00		46	18,18
Buscou informação					0,7655		< 0,0001
Sim	69	78,41	132	80,00		201	79,45

Não	19	21,59	33	20,00		52	20,55
Risco de se infectar					0,4004		< 0,0001
Alto	4	4,65	3	1,85		7	2,82
Moderado	14	16,28	33	20,37		47	18,95
Baixo/Nenhum	61	70,93	107	66,05		168	67,74
Não sei	7	8,14	19	11,73		26	10,48
Período de realização do teste					0,7639		< 0,0001
Há menos de 3 meses	14	15,91	20	12,27		34	13,55
Entre 3 e 6 meses atrás	13	14,77	23	14,11		36	14,34
Entre 6 meses e 1 ano atrás	23	26,14	36	22,09		59	23,51
Entre 1 e 2 anos atrás	12	13,64	31	19,02		43	17,13
Há mais de 2 anos	26	29,55	52	31,90		78	31,08
Já doou sangue					0,0007		<0,0001
Nos últimos 12 meses	15	17,05	15	9,09		30	11,86
Entre 1 e 20 anos	26	29,55	26	15,75		52	20,55
Há mais de 20 anos	2	2,27	0	0,00		2	0,79
Não	45	51,14	124	75,15		169	66,80
Mais de 10 parceiros(as) na vida					< 0,0001		< 0,0001
Sim	52	60,47	44	26,83		96	38,40
Não	32	37,21	116	70,73		148	59,20
Regiões Administrativas					0,4513		< 0,0001
Asa Sul/Asa Norte/Lago Sul/Lago Norte	10	11,36	25	15,15		35	13,83
Ceilândia	15	17,05	25	15,15		40	15,81
Gama	3	3,41	11	6,67		14	5,53
Guará/Cruzeiro	7	7,95	10	6,06		17	6,72
Núcleo Bandeirante/Candangolândia	5	5,68	7	4,24		12	4,74
Paranoá	6	6,82	8	4,85		14	5,53
Planaltina	6	6,82	8	4,85		14	5,53
Recanto das Emas	4	4,55	7	4,24		11	4,35
Samambaia	3	3,41	16	9,70		19	7,51
Santa Maria	3	3,41	9	5,45		12	4,74
Sobradinho	4	4,55	8	4,85		12	4,74
São Sebastião	2	2,27	8	4,85		10	3,95
Taguatinga	18	20,45	23	13,94		41	16,21

Fonte: a autora.

*Categorias não reportadas devido à baixa frequência: indígena, Faz sexo com transexuais/travesti, homens e mulheres como prática sexual, Local de testagem em campanha de rua, RA Brazlândia, Não sabe se teve mais de 10 parceiros.

**Questões de múltipla escolha impossibilitam o teste Qui quadrado.

5.2.4 (OE4) Uso do preservativo masculino nas relações sexuais e os fatores associados ao seu não uso

Na Tabela 21, são apresentados os percentuais em relação às características sociodemográficas e de comportamento sexual para aqueles que referiram fazer uso de preservativo na primeira e/ou na última relação sexual. É possível verificar que os recortes mais prevalentes entre os participantes foram sexo feminino (66,23%), idade entre 25 e 35 anos (39,83%), viviam sem companheiro(a) (64,50%), tinham ensino superior (80,95%), referiram ser da raça/cor parda (50,44%), trabalhavam na época da pesquisa (75,76%), eram heterossexuais (87,39%), já haviam se testado para HIV (56,09%), faziam sexo somente com homens (63,64%) – sendo, destes, 89,54% do sexo feminino e 12,82% do sexo masculino – acreditam ter pouco ou nenhum risco de se infectar com HIV (68,00%), e fizeram o teste de HIV há mais de dois anos (17,67%). Os participantes que usaram preservativo na última relação sexual apresentaram características semelhantes àqueles que fizeram uso desse insumo na primeira relação.

Tabela 21. Características sociodemográficas dos indivíduos de acordo com uso de preservativo*. Distrito Federal, 2018-2019.

Variáveis sociodemográficas	Na primeira relação		Na última relação	
	n=231	55,53%	n=167	47,31%
Sexo				
Feminino	153	66,23	106	63,47
Masculino	78	33,77	61	36,53
Faixa etária				
<25 anos	86	37,23	62	37,13
25-35 anos	92	39,83	55	32,93
>35 anos	53	22,94	50	29,94
Estado conjugal				
Vive com companheiro(a)	82	35,50	39	23,35
Vive sem companheiro(a)	149	64,50	128	76,65
Grau de escolaridade				
Ensino fundamental	8	3,46	8	4,79
Ensino médio	36	15,58	28	16,77
Ensino superior	187	80,95	131	78,44
Raça/cor				
Branca	78	34,51	46	28,57
Preta	28	12,39	28	17,39
Parda	114	50,44	84	52,17
Amarela	4	1,77	1	0,62
Trabalha atualmente				
Sim	175	75,76	125	74,85
Não	56	24,24	42	25,15
Acesso à internet				

Sim	231	100,00	166	99,40
Não	0	0,00	1	0,60
Orientação sexual				
Homossexual	11	4,78	10	6,02
Bissexual	18	7,83	18	10,84
Heterossexual	201	87,39	138	83,13
Teste de HIV				
Sim	129	56,09	95	56,89
Não	95	41,30	70	41,92
Prática sexual				
Somente homens	147	63,64	100	59,88
Somente mulheres	66	28,57	49	29,34
Ambos	14	6,06	14	8,38
Uso de PEP				
Sim	8	3,52	3	1,82
Não	214	94,27	158	95,76
Teste de HIV				
Sim	129	56,09	95	56,89
Não	95	41,30	70	41,92
Local de realização do teste				
Banco de sangue para doação	4	1,86	1	0,65
CTA	8	3,72	13	8,39
Laboratórios/clínicas particulares	72	33,49	52	33,55
No local que trabalha	6	2,79	3	1,94
Outro serviço público de saúde	34	15,81	24	14,48
Motivo da realização do teste				
Por achar que tinha algum risco	14	6,06	11	6,59
Pré-natal/ parto	27	11,69	14	8,38
Sempre me testo periodicamente	32	13,85	31	18,56
Orientação do serviço de saúde	17	7,36	13	7,78
Transei sem camisinha	11	4,76	8	4,79
Me expus a uma situação de risco	6	2,60	3	1,80
Doei sangue porque precisei	7	3,03	4	2,40
Por curiosidade	26	11,26	22	13,17
Por indicação médica	19	8,23	18	10,78
Buscou informação				
Sim	173	74,89	130	77,84
Não	58	25,11	37	22,16
Risco de se infectar				
Alto	5	2,22	6	3,70
Moderado	40	17,78	22	13,58
Pouco/Nenhum	153	68,00	118	72,84
Não sei	27	12,00	16	9,88
Período de realização do teste				
Há menos de 3 meses	16	7,44	8	5,19
Entre 3 e 6 meses atrás	22	10,23	20	12,99
Entre 6 meses e 1 ano atrás	31	14,42	25	16,23
Entre 1 e 2 anos atrás	23	10,70	13	8,44
Há mais de 2 anos	38	17,67	29	18,83
Mais de 10 parceiros(as) na vida				
Sim	59	25,65	52	31,52
Não	165	71,74	110	66,67
Tem religião				
Sim	167	72,29	121	72,46
Não	64	27,71	46	27,54
Regiões Administrativas				
Asa Sul/Asa Norte/Lago Sul/Lago Norte	28	12,12	19	11,38

Ceilândia	43	18,61	22	13,17
Gama	11	4,76	9	5,39
Guará/Cruzeiro	17	7,36	16	9,58
Núcleo Bandeirante/Candangolândia	10	4,33	9	5,39
Paranoá	10	4,33	7	4,19
Planaltina	14	6,06	8	4,79
Recanto das Emas	10	4,33	11	6,59
Samambaia	19	8,23	13	7,78
Santa Maria	8	3,46	3	1,80
Sobradinho	15	6,49	16	9,58
São Sebastião	6	2,60	8	4,79
Taguatinga	34	14,72	21	12,57
Onde consegue camisinha				
Serviço público de saúde	142	73,20	106	69,74
Associação ou ONG	23	13,61	11	9,02
Local de trabalho	33	19,08	26	20,31
Bares, boates, termas ou saunas	14	8,33	10	8,26
Agente de prevenção	28	16,57	20	16,13
Escola	15	8,88	11	9,09
Comprei	185	91,13	156	97,50
Deixaria de usar camisinha se tomasse medicamentos antirretrovirais todos os dias para prevenir a infecção pelo HIV	32	14,22	11	6,67

Fonte: a autora.

*Categorias não reportadas devido à baixa frequência: Indígena, Faz sexo com transexuais/travesti, homens e mulheres como prática sexual, Local de testagem em campanha de rua, RA Brazlândia, Não sabe se teve mais de 10 parceiros, Não lembra se já fez o teste de HIV.

Em relação à frequência do uso de preservativo, 42,75% das mulheres e 45,59% dos participantes com menos de 25 anos os usavam frequentemente, enquanto 28,93% dos que tinham companheiro(a) os usavam raramente. A afirmação sobre o uso frequente do insumo foi semelhante entre aqueles que se autodeclararam pretos e pardos, 42,11% e 44,00%, respectivamente (Tabela 22).

Também na Tabela 22 pode-se observar que 37,04% dos homossexuais nunca faziam uso de camisinha, enquanto 38,81% dos heterossexuais as usavam frequentemente. Daqueles que já haviam feito teste de HIV, os maiores percentuais estão entre aqueles que as usam às vezes (31,35%) e frequentemente (38,10%). O uso frequente foi menor no grupo de quem se considerava com alto risco de se infectar com o HIV (25,00%), comparados aos que se consideravam com moderado (30,43%) ou pouco risco (42,20%). O local de preferência para conseguir camisinha entre aqueles que faziam uso frequente do insumo foi o serviço público de saúde (45,45%), e 46,67% declaram comprar o preservativo.

Tabela 22. Características sociodemográficas dos indivíduos de acordo com a frequência do uso de preservativo. Distrito Federal, 2018-2019.

Variáveis sociodemográficas	Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Feminino	32	12,55	50	19,61	64	25,10	109	42,75
Masculino	20	12,35	35	21,60	51	31,48	56	34,57
Faixa etária								
<25 anos	22	16,18	22	16,18	30	22,06	62	45,59
25-35 anos	10	7,25	35	25,36	42	30,43	51	36,96
>35 anos	20	13,99	28	19,58	43	30,07	52	36,36
Estado conjugal								
Vive com companheiro(a)	28	17,61	46	28,93	44	27,67	41	25,79
Vive sem companheiro(a)	24	9,30	39	15,12	71	27,52	124	48,06
Grau de escolaridade								
Ensino fundamental	3	12,00	5	20,00	6	24,00	11	44,00
Ensino médio	4	5,56	16	22,22	26	36,11	26	36,11
Ensino superior	45	14,06	64	20,00	83	25,94	128	40,00
Raça/cor								
Branca	21	15,11	27	19,42	43	30,94	48	34,53
Preta	5	8,77	6	10,53	22	38,60	24	42,11
Parda	23	11,50	47	23,50	42	21,00	88	44,00
Amarela	3	33,33	4	44,44	0	0,00	2	22,22
Trabalha atualmente								
Sim	39	12,11	70	21,74	90	27,95	123	38,20
Não	13	13,68	15	15,79	25	26,32	42	44,21
Acesso à internet								
Sim	51	12,32	84	20,29	115	27,78	164	39,61
Não	0	0,00	1	50,00	0	0,00	1	50,00
Orientação sexual								
Homossexual	10	37,04	5	18,52	3	11,11	9	33,33
Bissexual	5	14,29	5	14,29	7	20,00	18	51,43
Heterossexual	37	10,48	75	21,25	104	29,46	137	38,81
Prática sexual								
Somente homens	21	8,94	51	21,70	58	24,68	105	44,68
Somente mulheres	26	17,69	29	19,73	50	34,01	42	28,57
Ambos	4	13,79	5	17,24	7	24,14	13	44,83
Mais de 10 parceiros(as) na vida								
Sim	13	9,42	29	21,01	46	33,33	50	36,23
Não	38	14,34	54	20,38	62	23,40	111	41,89
Teste de HIV								
Sim	26	10,32	51	20,24	79	31,35	96	38,10
Não	25	15,72	34	21,38	33	20,75	67	42,14
Buscou informação								
Sim	27	9,12	51	17,23	85	28,72	133	44,93
Não	25	20,66	34	28,10	30	24,79	32	26,45
Uso de PEP								
Sim	2	18,18	1	9,09	4	36,36	4	36,36
Não	43	11,03	83	21,28	110	28,21	154	39,49
Risco de se infectar								
Alto	4	25,00	3	18,75	5	31,25	4	25,00
Moderado	8	11,59	13	18,84	27	39,13	21	30,43
Pouco/Nenhum	34	12,06	61	21,63	68	24,11	119	42,20
Não sei	5	12,50	7	17,50	11	27,50	17	42,50
Uso de PrEP para prevenção								

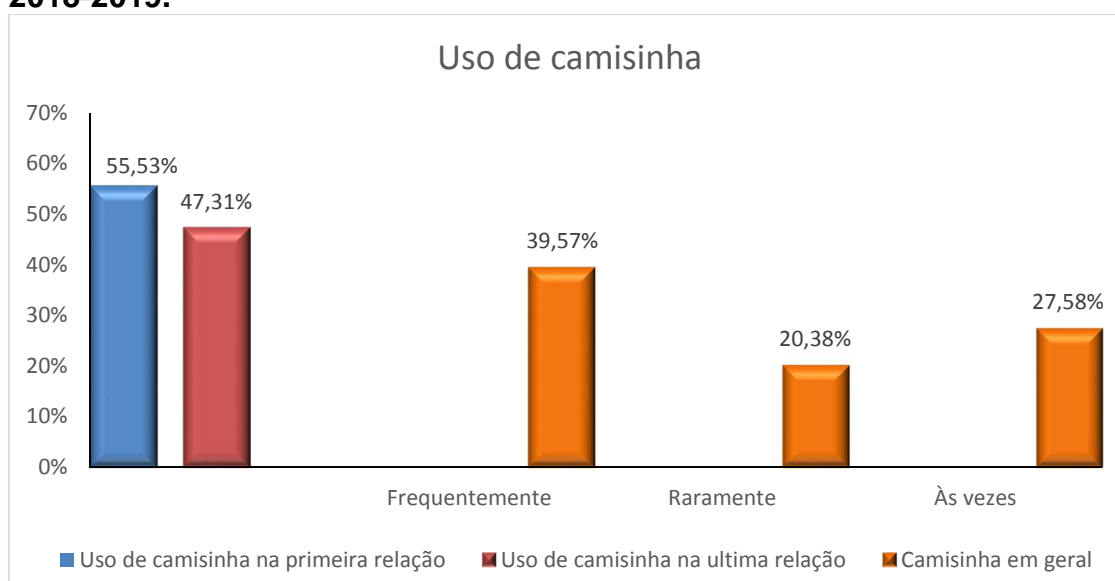
Sim	11	13,92	17	21,52	23	29,11	28	35,44
Não	16	10,60	27	17,88	40	26,49	68	45,03
Onde consegue camisinha								
Serviço público de saúde	0	0,00	56	23,14	76	31,40	110	45,45
Associação ou ONG	0	0,00	15	36,59	14	34,15	12	29,27
Local de trabalho	0	0,00	14	20,00	30	42,86	26	37,14
Bares, boates, termas ou saunas	0	0,00	6	25,00	8	33,33	10	41,67
Agente de prevenção	0	0,00	14	27,45	18	35,29	19	37,25
Escola	0	0,00	7	26,92	9	34,62	10	38,46
Comprei	0	0,00	68	21,59	100	31,75	147	46,67

Fonte: a autora.

O Gráfico 1 apresenta o percentual de uso de camisinha na primeira relação (55,53%), na última relação (47,31%) e nas demais relações (87,53%), sendo que, destes, 39,57% a usavam frequentemente.

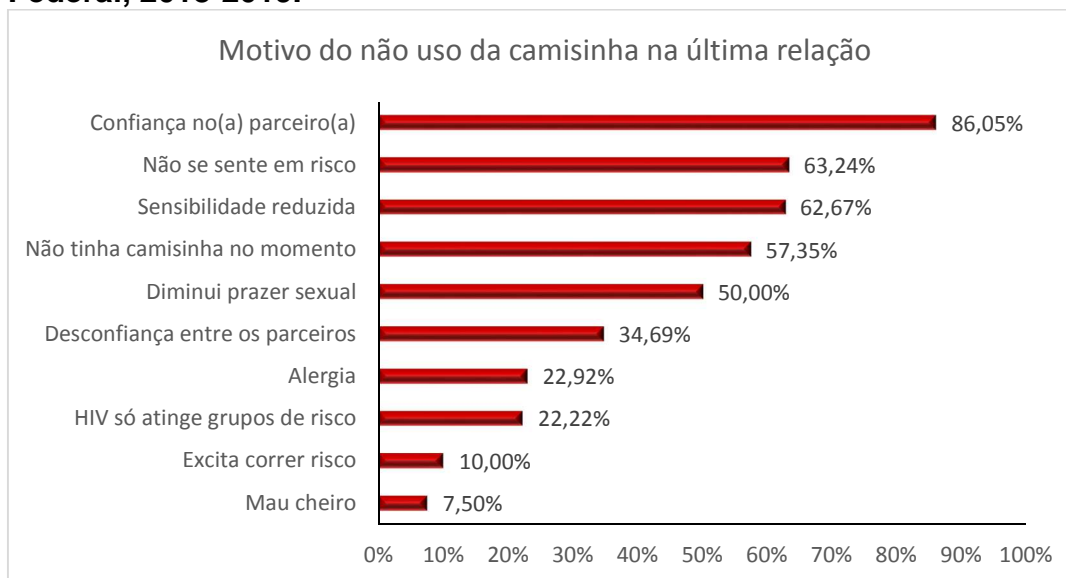
Entre os principais motivos do não uso de preservativo na última relação, a confiança no(a) parceiro(a) foi o mais prevalente (86,05%), seguido de não se sentir em risco (63,24%), sensibilidade reduzida (62,67%), não tinha camisinha no momento (57,35%) e diminuição do prazer sexual (50,00%) (Gráfico 2). A confiança no(a) parceiro(a) se manteve quando avaliada entre os sexos, sendo o motivo mais relevante entre as mulheres (Gráfico 3).

Gráfico 1. Frequência do uso do preservativo, uso do preservativo na primeira relação sexual e uso do preservativo na última relação sexual. Distrito Federal, 2018-2019.



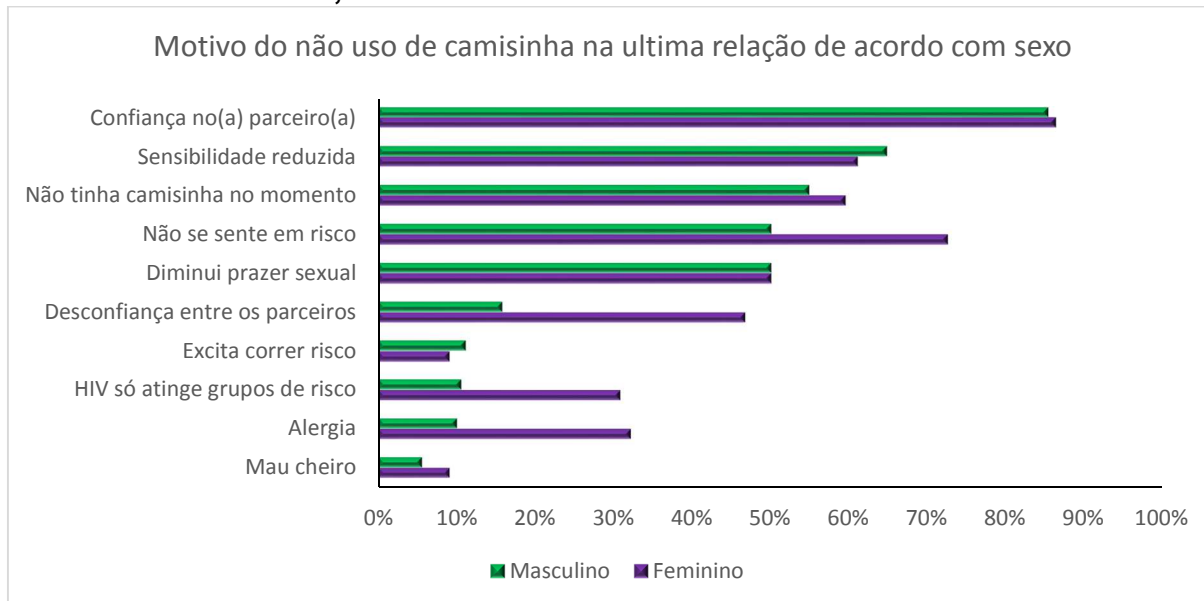
Fonte: a autora.

Gráfico 2. Motivo do não uso do preservativo na última relação sexual. Distrito Federal, 2018-2019.



Fonte: a autora.

Gráfico 3. Motivo do não uso do preservativo na última relação sexual, segundo sexo. Distrito Federal, 2018-2019.



Fonte: a autora.

5.2.5 (OE5) Percepção de risco de infecção pelo HIV

A Tabela 23 apresenta a percepção dos participantes em relação ao risco de se infectar pelo HIV. Tanto no sexo feminino quanto no masculino, os maiores

percentuais se referiram a ter baixo ou nenhum risco de se infectar pelo HIV (70,00% e 67,92, respectivamente). Destaca-se que aqueles que viviam sem companheiro(a) apresentaram um percentual maior de se perceberem com alto risco de se infectar (5,60%) comparados àqueles que viviam com companheiro(a) (1,26%). Em relação a orientação sexual, aqueles que disseram ser bissexuais tiveram um percentual maior de alto risco (11,43%) quando comparados aos homossexuais (11,54%) e aos heterossexuais (2,31%).

Os participantes que nunca haviam feito teste de HIV referiram ter alto risco de se infectar (5,16%), enquanto que naqueles que já haviam se testado esse percentual foi de 2,82%. Os indivíduos que fizeram o teste de HIV havia menos de 6 meses foram os que mais acreditavam ter baixo risco de se infectar (74,29%). As demais características são similares para quem referiu ter baixo ou moderado risco de se infectar pelo HIV.

Tabela 23. Características sociodemográficas dos indivíduos de acordo com a percepção do risco de se infectar*. Distrito Federal, 2018-2019.

Variáveis sócio-demográficas	Baixo/Nenhum		Moderado		Alto		Não sei		p-valor
	n=283	69,19%	n=70	17,11%	n=16	3,91%	N=40	9,78%	
Sexo									0,7200
Feminino	175	70,00	41	16,40	8	3,20	26	10,40	
Masculino	108	67,92	29	18,24	8	5,03	14	8,81	
Faixa etária									0,3008
<25 anos	91	67,41	23	17,04	9	6,67	12	8,89	
25-35 anos	90	67,16	25	18,66	2	1,49	17	12,69	
>35 anos	102	72,86	22	15,71	5	3,57	11	7,86	
Estado conjugal									0,0097
Vive com companheiro(a)	122	76,73	26	16,35	2	1,26	9	5,66	
Vive sem companheiro(a)	161	64,40	44	17,60	14	5,60	31	12,40	
Grau de escolaridade									0,1849
Ensino fundamental	16	66,67	2	8,33	3	12,50	3	12,50	
Ensino médio	48	67,61	10	14,08	3	4,23	10	14,08	
Ensino superior	219	69,75	58	18,47	10	3,18	27	8,60	
Raça/cor									0,0063
Branca	95	68,84	25	18,12	6	4,35	12	8,70	
Preta	31	56,36	16	29,09	3	5,45	5	9,09	
Parda	148	75,51	22	11,22	6	3,06	20	10,20	
Amarela	6	66,67	1	11,11	0	0,00	2	22,22	
Trabalha atualmente									0,0378
Sim	218	68,99	56	17,72	8	2,53	34	10,76	

Não	65	69,89	14	15,05	8	8,60	6	6,45	
Acesso à internet									0,8284
Sim	281	69,21	70	17,24	15	3,69	40	9,85	
Não	2	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Orientação sexual									0,0187
Homossexual	17	65,38	5	19,23	3	11,54	1	3,85	
Bissexual	19	54,29	8	22,86	4	11,43	4	11,43	
Heterossexual	247	71,39	56	16,18	8	2,31	35	10,12	
Teste para HIV									0,4075
Sim	168	67,74	47	18,95	7	2,82	26	10,48	
Não	111	71,61	22	14,19	8	5,16	14	9,03	
Prática sexual									0,2384
Somente com homens	168	73,36	34	14,85	6	2,62	21	9,17	
Somente com mulheres	96	66,21	28	19,31	6	4,14	15	10,34	
Com ambos	17	58,62	6	20,69	3	10,34	3	10,34	
Uso de preservativo na primeira relação									0,2136
Sim	153	68,00	40	17,78	5	2,22	27	12,00	
Não	117	69,23	29	17,16	11	6,51	12	7,10	
Não sei	10	83,33	1	8,33	0	0,00	1	8,33	
Uso de preservativo na última relação									0,4167
Sim	118	72,84	22	13,58	6	3,70	16	51,61	
Não	124	68,13	37	20,33	6	3,30	15	8,24	
Uso de PEP									0,0063
Sim	2	18,18	6	54,55	1	9,09	2	18,18	
Não	272	71,20	59	15,45	14	3,66	37	9,69	
Local de realização do teste									0,0294
Banco de sangue para doação	7	63,64	1	9,09	0	0,00	3	27,27	
CTA	9	52,94	6	35,29	1	5,88	1	5,88	
Laboratórios/ clínicas particulares	95	72,52	24	18,32	2	1,53	10	7,63	
No local em que trabalha	6	75,00	1	12,50	1	12,50	0	0,00	
Outro serviço público de saúde	45	63,38	13	18,31	2	2,82	11	15,49	
Motivo da realização do teste									-
Por achar que tinha algum risco	19	57,58	11	33,33	0	0,00	3	9,09	
Pré-natal/ parto	35	70,00	7	14,00	1	2,00	7	14,00	
Sempre me testo periodicamente	45	73,77	12	19,67	2	3,28	2	3,28	
Orientação do serviço de saúde	17	56,67	10	33,33	1	3,33	2	6,67	
Transei sem camisinha	18	62,07	8	27,59	1	3,45	2	6,90	

Me expus a uma situação de risco	8	57,14	3	21,43	1	7,14	2	14,29	
Doei sangue porque precisei	10	71,43	1	7,14	1	7,14	2	14,29	
Por curiosidade	32	66,67	10	20,83	4	8,33	2	4,17	
Por indicação médica	31	68,89	8	17,78	1	2,22	5	11,11	
Buscou informação									0,6815
Sim	198	68,28	53	18,28	10	3,45	29	10,00	
Não	85	71,43	17	14,29	6	5,04	11	9,24	
Período de realização do teste									0,1230
Há menos de 3 meses	23	71,88	4	12,50	0	0,00	5	15,63	
Entre 3 e 6 meses atrás	26	74,29	5	14,29	2	5,71	2	5,71	
Entre 6 meses e 1 ano atrás	38	65,52	14	24,14	1	1,72	5	8,62	
Entre 1 e 2 anos atrás	24	55,81	10	23,26	0	0,00	9	20,93	
Há mais de 2 anos	57	72,15	15	18,99	3	3,80	4	5,06	
Mais de 10 parceiros na vida									0,0051
Sim	80	60,15	28	21,05	11	8,27	14	10,53	
Não	195	73,86	41	15,53	5	1,89	23	8,71	
Já fez teste usando saliva									0,0568
Sim	10	45,45	8	36,36	1	4,55	3	13,64	
Não	270	70,68	60	15,71	15	3,93	37	9,68	
Uso de PrEP para prevenção									0,2606
Sim	47	61,84	21	27,63	2	2,63	6	7,89	
Não	104	70,75	23	15,65	6	4,08	14	9,52	
Uso de PEP para prevenção									0,6587
Sim	118	67,05	35	19,89	8	4,55	15	8,52	
Não	54	73,97	11	15,07	1	1,37	7	9,59	
Faria autotestagem domiciliar									0,4863
Sim	193	67,48	56	19,58	11	3,85	26	9,09	
Não	48	77,42	6	9,68	2	3,23	6	9,68	
Auto testagem usando saliva									0,5910
Sim	178	67,42	52	19,70	11	4,17	23	8,71	
Não	50	74,63	7	10,45	2	2,99	8	11,94	
Tomaria antirretrovirais todos os dias									0,0556
Sim	104	61,90	37	22,02	10	5,95	17	10,12	
Não	93	78,81	11	9,32	3	2,54	11	9,32	

Deixaria de usar camisinha se tomasse antirretrovirais todos os dias									0,0469
Sim	46	62,16	17	22,97	4	5,41	7	9,46	
Não	193	74,23	35	13,46	7	2,69	25	9,62	
Resultado do último teste de HIV									0,0001
Positivo	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Negativo	164	67,49	46	18,93	7	2,88	26	10,70	
Não quero informar	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	
Não sei o resultado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	
Motivo de nunca ter feito o teste de HIV									
Não me sinto em risco	91	81,98	11	9,91	2	1,80	7	6,31	
Não vejo motivo	55	79,71	5	7,25	6	8,70	3	4,35	
Não sei onde fazer o teste	7	41,18	4	23,53	2	11,76	4	23,53	
Tenho medo	7	38,89	5	27,78	3	16,67	3	15,67	
Tenho vergonha	10	50,00	4	20,00	3	15,00	3	15,00	
Tenho medo de sofrer estigma e discriminação se for HIV positivo	22	25,00	1	12,50	3	37,50	2	25,00	
Regiões Administrativas									
Asa Sul/Asa Norte/Lago Sul/Lago Norte	36	65,45	13	23,64	2	3,64	4	7,27	
Ceilândia	51	72,86	13	18,57	2	2,86	4	5,71	
Gama	13	61,90	3	14,29	1	4,76	4	19,05	
Guará/Cruzeiro	20	83,33	3	12,50	0	0,00	1	4,17	
Núcleo Bandeirante/Candangolândia	11	64,71	3	17,65	1	5,88	2	11,76	
Paranoá	14	73,68	3	15,79	0	0,00	2	10,53	
Planaltina	18	66,67	3	11,11	1	3,70	5	18,52	
Recanto das Emas	12	60,00	3	15,00	2	10,00	3	15,00	
Samambaia	24	75,00	5	15,63	1	3,13	2	6,25	
Santa Maria	11	61,11	4	22,22	2	11,11	1	5,56	
Sobradinho	17	68,00	5	20,00	0	0,00	3	12,00	
São Sebastião	9	60,00	3	20,00	1	6,67	2	13,33	
Taguatinga	42	73,68	7	12,28	2	3,51	6	10,53	

Fonte: a autora.

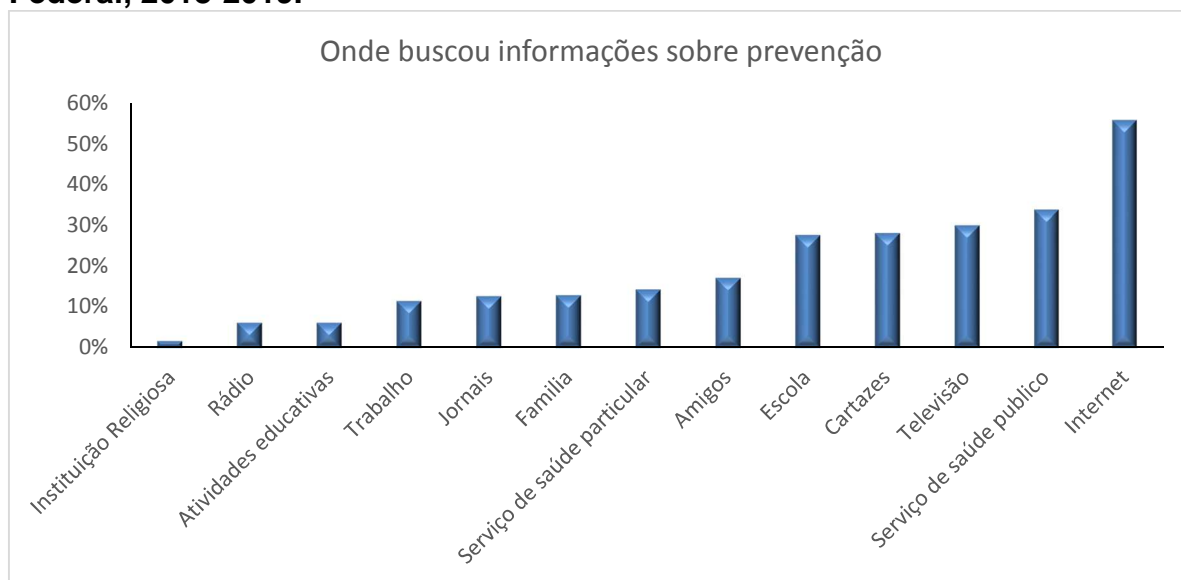
*Categorias não reportadas devido à baixa frequência: Indígena, Faz sexo com transexuais/travesti, homens e mulheres como prática sexual, Local de testagem em campanha de rua, RA Brazlândia, Não sabe se teve mais de 10 parceiros, Não lembra se já fez o teste de HIV.

5.2.6 (OE6) Fatores emocionais, cognitivos e humanos que impactam na prática informacional de prevenção à infecção pelo HIV

Entre aqueles que buscaram informações sobre prevenção, 55,71% disseram buscá-las na internet, seguida do serviço de saúde pública (33,81%) e da televisão (30,00%). Entre os menos buscados estão rádio (6,19%) e jornais (12,62%) (Gráfico 4). Em relação à forma como as informações sobre prevenção estão disponíveis, 32,86% acreditavam ser insuficientes essas informações, sendo que somente 6,19% as consideraram bastante suficientes (Gráfico 5). No que tange à informação sobre os locais de acesso para realização da testagem do HIV, 44% da amostra consideravam-na insuficiente (Gráfico 6).

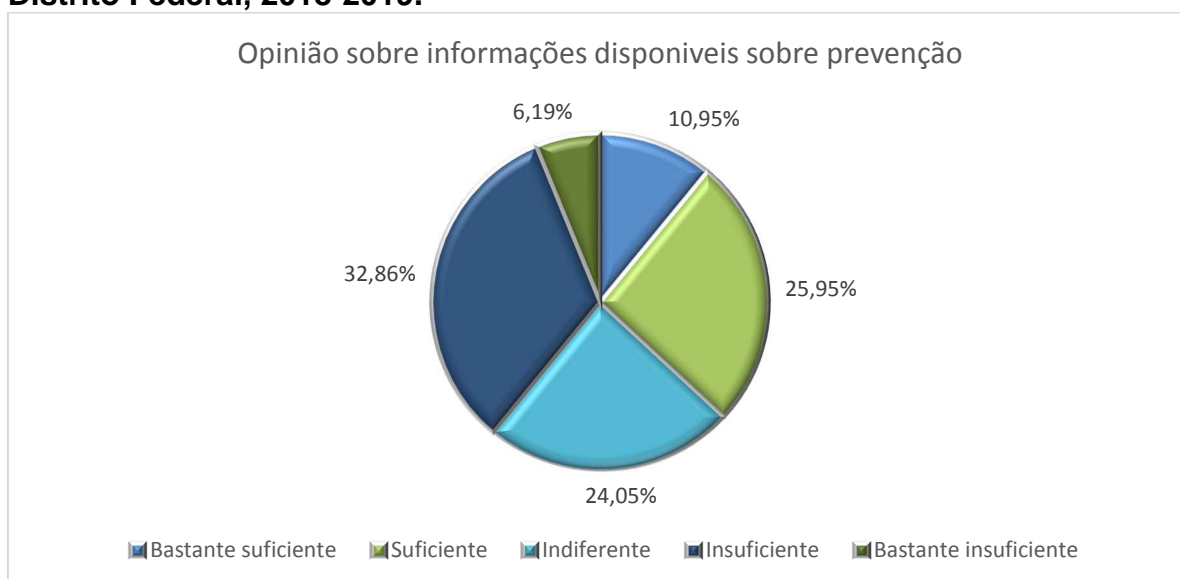
Dentre os entrevistados, 71,90% relataram preferir que as informações fossem passadas mediante a televisão ou internet (70,24%). A escola também foi citada como um meio que poderia ser importante para campanhas de prevenção (63,33%) (Gráfico 7).

Gráfico 4. Locais de busca por informações sobre prevenção do HIV. Distrito Federal, 2018-2019.



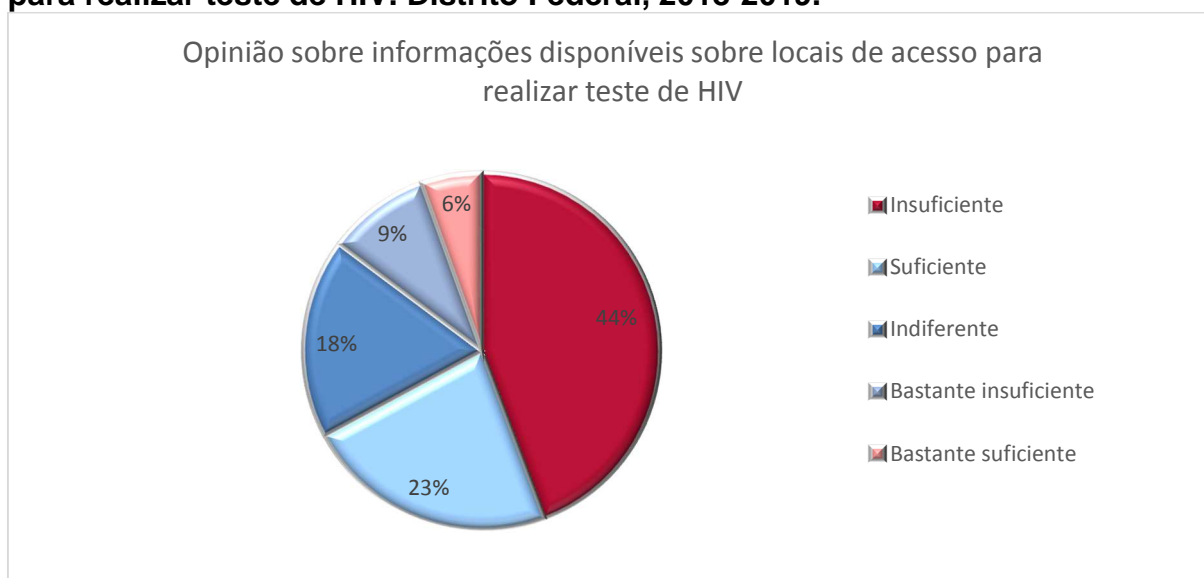
Fonte: a autora.

Gráfico 5. Opinião sobre as informações disponíveis sobre prevenção do HIV. Distrito Federal, 2018-2019.



Fonte: a autora.

Gráfico 6. Opinião sobre as informações disponíveis sobre os locais de acesso para realizar teste de HIV. Distrito Federal, 2018-2019.



Fonte: a autora.

Gráfico 7. Meios de escolha para receber informações de prevenção do HIV. Distrito Federal, 2018-2019.



Fonte: a autora.

No Gráfico 8, é possível verificar que o percentual de quem não usava camisinha é maior entre os que referiram ter religião (12,78%) em relação a quem não possuía religião (11,65%), sendo que os não católicos tinham um percentual maior de não uso do insumo (15,54%) (Gráfico 9).

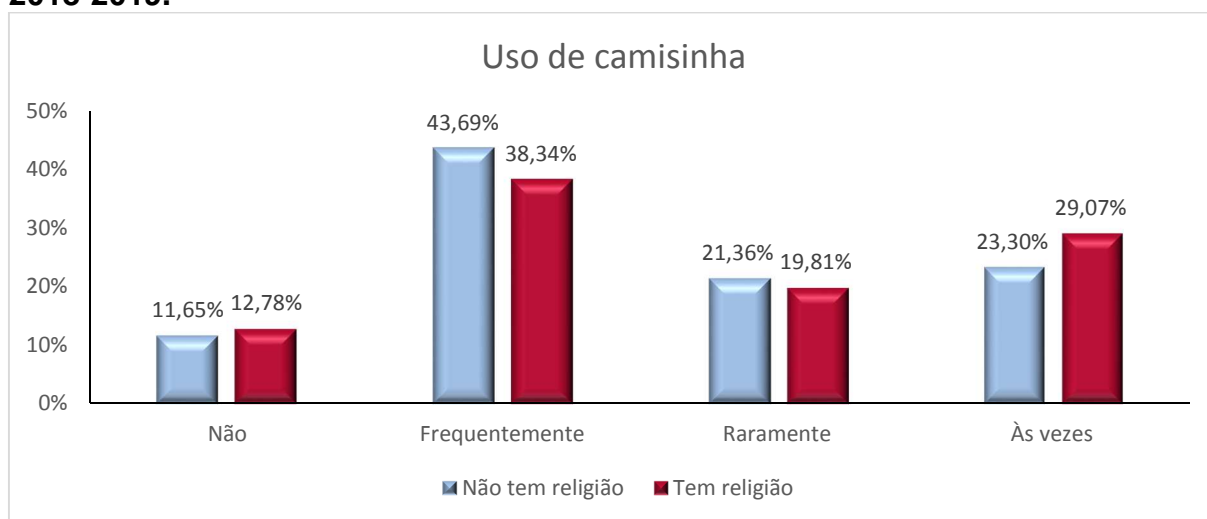
Observa-se pouca diferença na busca por informação sobre HIV entre quem tinha religião (70,89%) e quem não tinha (69,90%); no entanto, os que tinham religião apresentaram um percentual maior de já terem se testado para o HIV (63,81%) quando comparados aos que não tinham religião (49,51%) (Gráfico 10). O Gráfico 11 traz essa distribuição entre católicos e não católicos.

No Gráfico 12, observa-se que há pouca diferença entre ter companheiro e mais de um parceiro, no último ano, entre aqueles que declaram ter religião e aqueles que declaram não ter. Em relação ao motivo do não uso de camisinha na última relação, aqueles que tinham religião relataram que o principal motivo foi a confiança no(a) parceiro(a) (87,25%), o mesmo reportado por quem não tinha religião (81,48%) (Gráfico 13). Católicos e não católicos relataram o mesmo motivo para o não uso do preservativo (Gráfico 14).

Em caso de resultado positivo para o teste de HIV, 57,32% dos que tinham religião declararam que ficariam desesperados, enquanto 42,72% dos que não

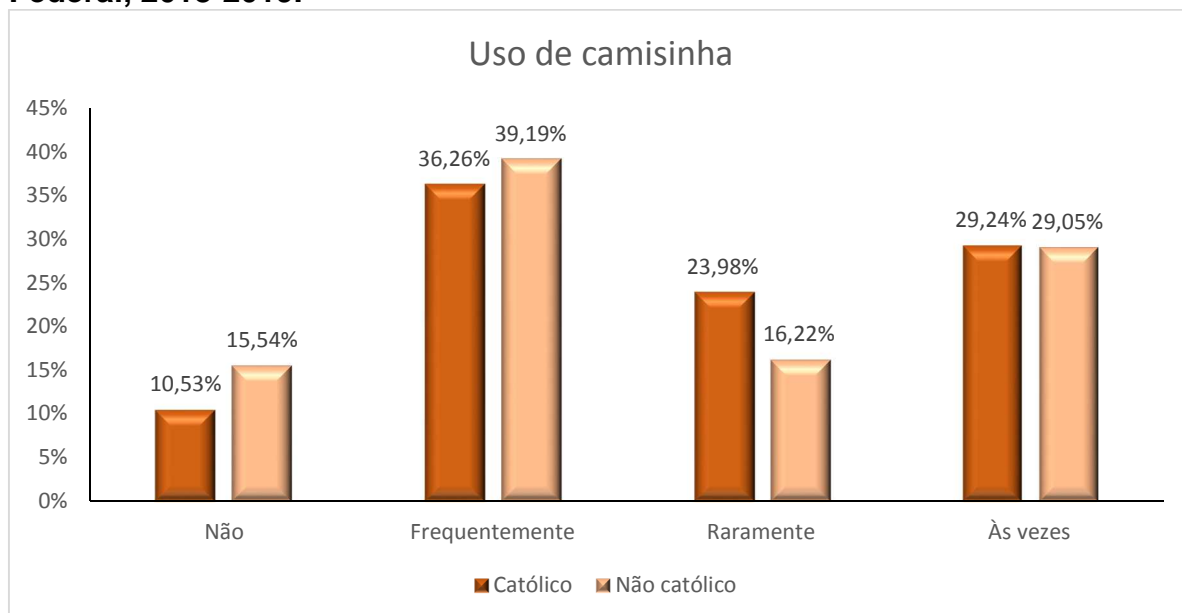
possuíam religião teriam a mesma atitude (Gráfico 15). O Gráfico 16 mostra um comportamento similar entre católicos e não católicos frente ao resultado positivo para HIV.

Gráfico 8. Uso de preservativo, segundo ter ou não religião. Distrito Federal, 2018-2019.



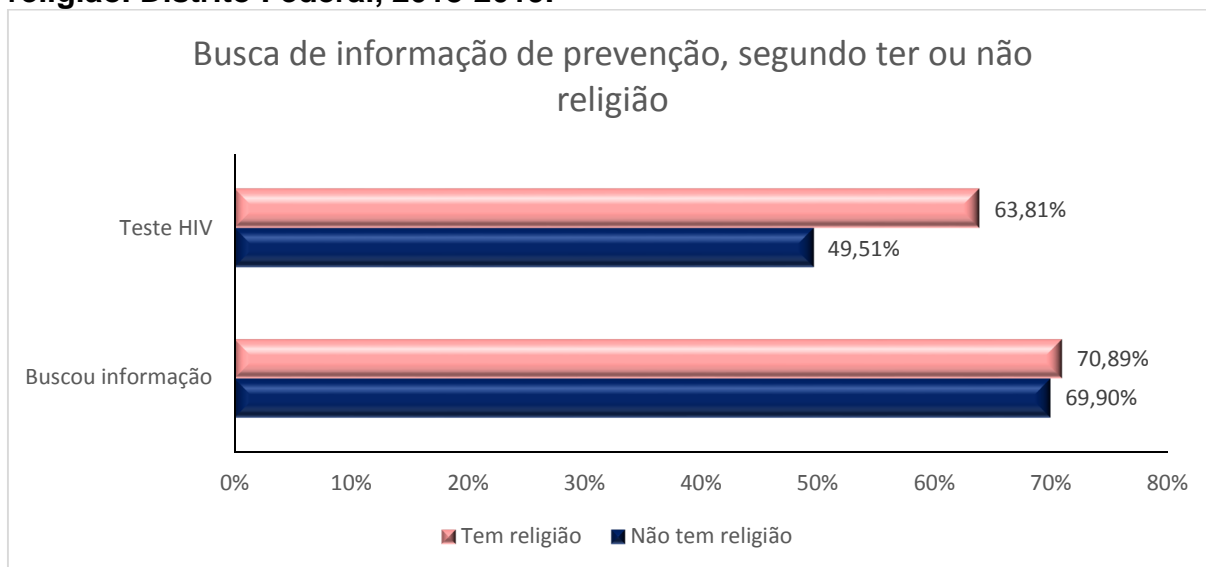
Fonte: a autora.

Gráfico 9. Uso de preservativo, segundo ser católico ou não católico. Distrito Federal, 2018-2019.



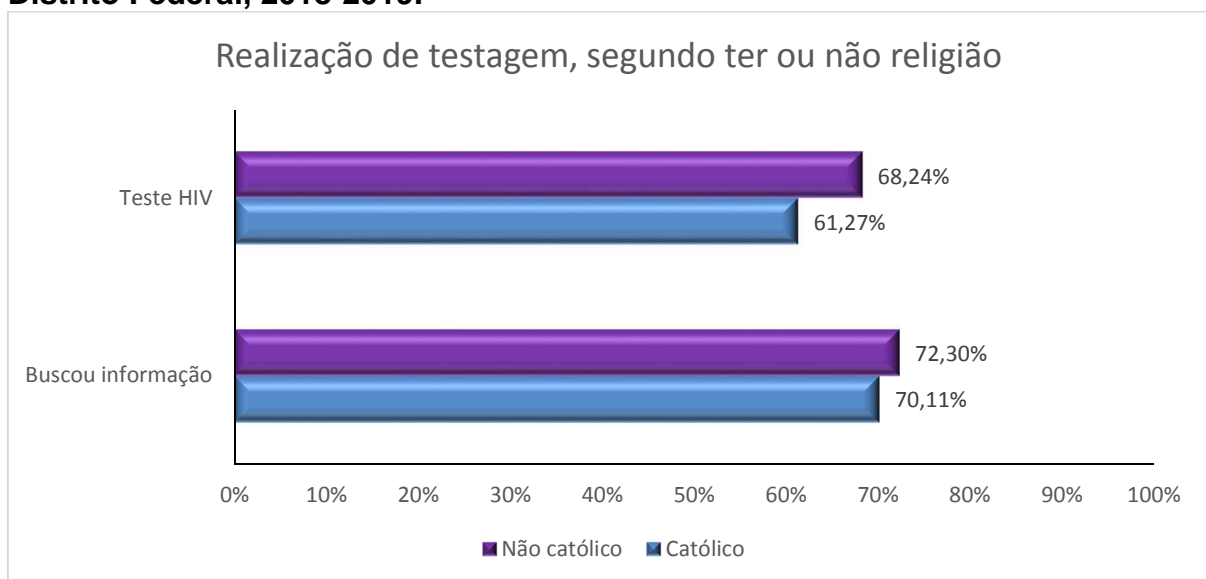
Fonte: a autora.

Gráfico 10. Busca de informação de prevenção do HIV, segundo ter ou não religião. Distrito Federal, 2018-2019.



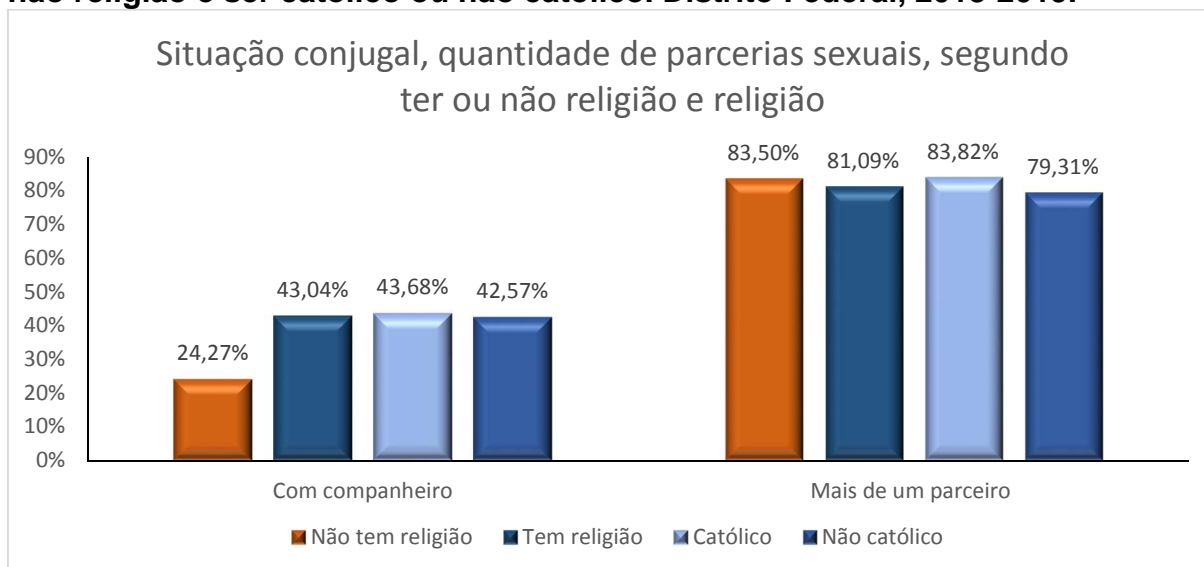
Fonte: a autora.

Gráfico 11. Realização de testagem para HIV, segundo ter ou não religião. Distrito Federal, 2018-2019.



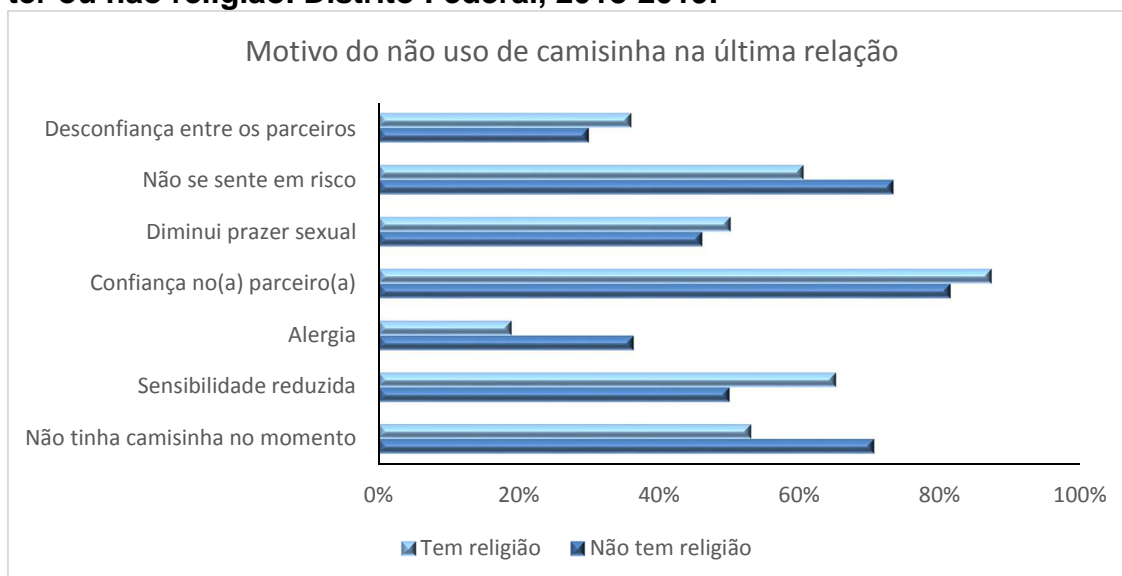
Fonte: a autora.

Gráfico 12. Situação conjugal, quantidade de parcerias sexuais, segundo ter ou não religião e ser católico ou não católico. Distrito Federal, 2018-2019.



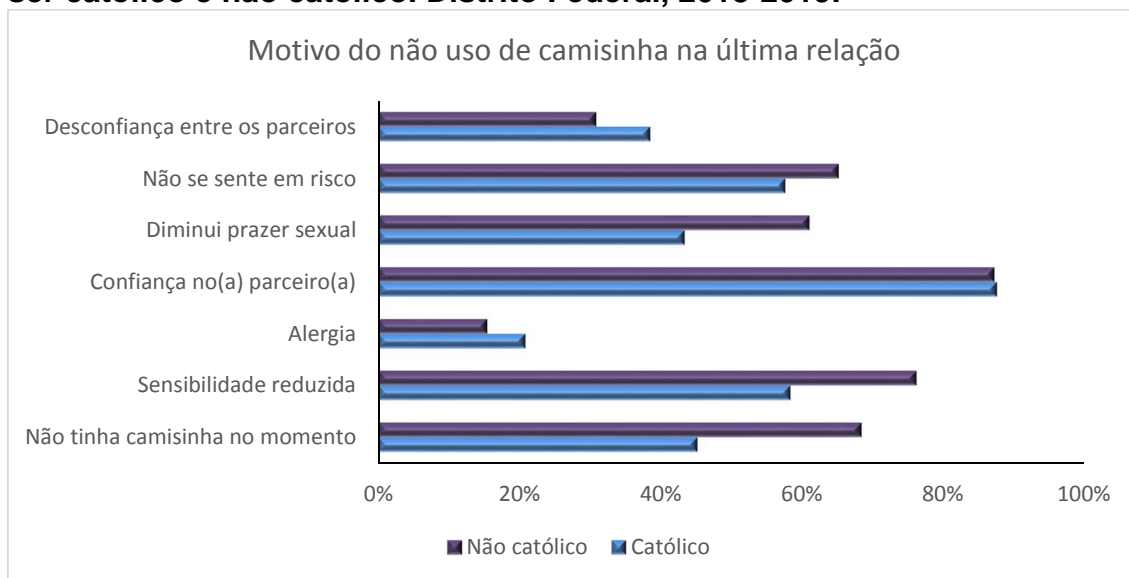
Fonte: a autora.

Gráfico 13. Motivo do não uso do preservativo na última relação sexual, segundo ter ou não religião. Distrito Federal, 2018-2019.



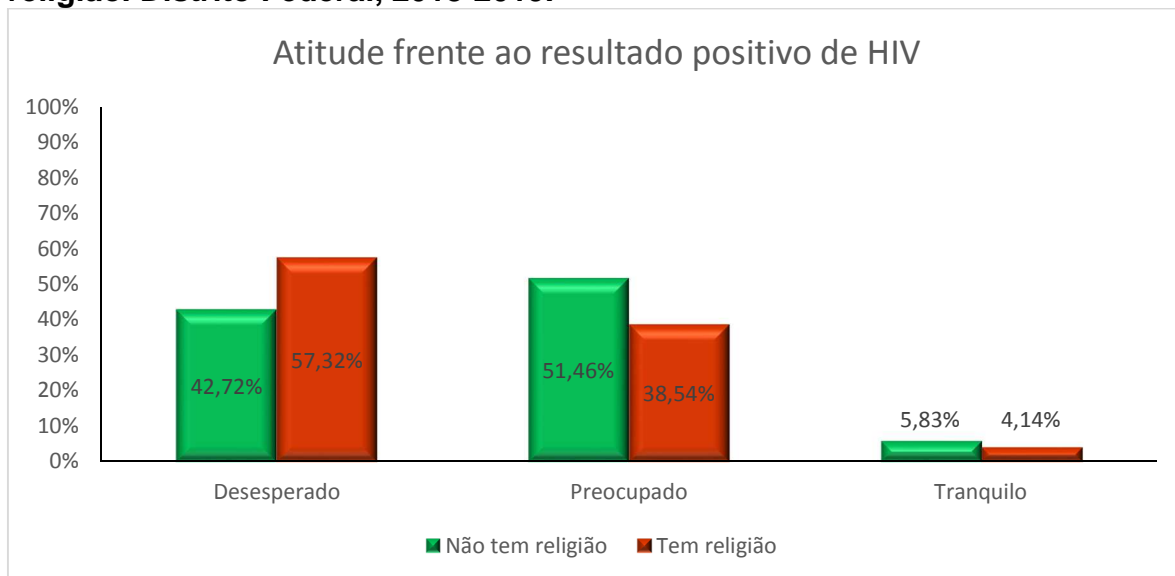
Fonte: a autora.

Gráfico 14. Motivo do não uso do preservativo na última relação sexual, segundo ser católico e não católico. Distrito Federal, 2018-2019.



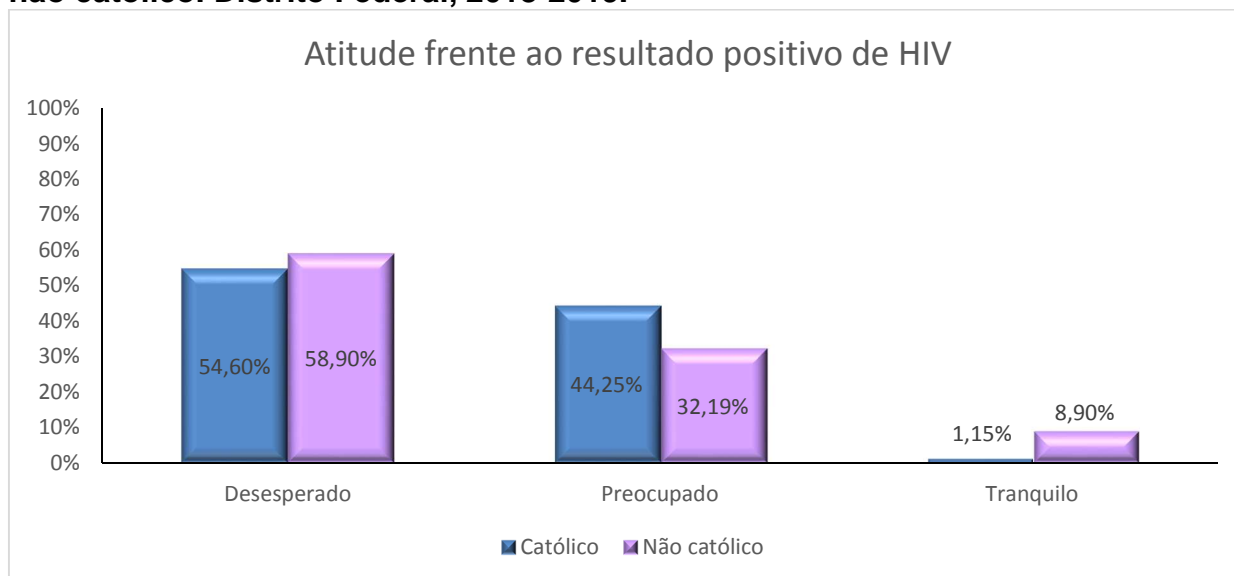
Fonte: a autora.

Gráfico 15. Atitude frente ao resultado positivo de HIV, segundo ter ou não religião. Distrito Federal, 2018-2019.



Fonte: a autora.

Gráfico 16. Atitude frente ao resultado positivo de HIV, segundo ser católico ou não católico. Distrito Federal, 2018-2019.



Fonte: a autora.

Ao analisar a aceitabilidade do uso da PrEP, por orientação sexual, destaca-se que os heterossexuais tiveram maior percentual de aceitabilidade da PrEP (30,99%), quando comparados aos homossexuais (30,77%) e aos bissexuais (22,86%). Confrontando a opinião de homens e mulheres em relação a tomar medicamentos antirretrovirais antes de fazer sexo para prevenir o HIV, os homens apresentaram um percentual maior de respostas positivas (24,54%) do que as mulheres (15,23%).

Ante a questão sobre se a tomada de medicamentos antirretrovirais para prevenção do HIV após uma situação de risco de infecção poderia funcionar para si, os percentuais de concordância foram semelhantes entre quem fazia sexo só com homens (42,98%) e quem fazia sexo só com mulheres (42,57%). Tanto quem fazia sexo só com homens (63,71%) como quem fazia sexo só com mulheres (65,71%) fariam o teste de saliva se este estivesse disponível para compra em farmácia.

Sobre a aceitabilidade da autotestagem domiciliar para o diagnóstico do HIV, os homens tiveram maior percentual de aceitabilidade (76,07%) quando comparados às mulheres (66,27%).

A atitude mais relatada frente a uma situação de risco foi não fazer nada, apesar da preocupação, para todas as categorias de risco de se infectar pelo HIV, sendo que esse percentual foi de 43,75% para alto risco, 32,35% para moderado e 19,29% para baixo risco.

Dos participantes que declararam ter um risco alto de se infectar pelo HIV, 12,50% teriam maior número de relações sexuais se tomassem medicamentos antirretrovirais todos os dias para prevenir a infecção pelo HIV, enquanto que entre os de risco moderado esse percentual é de 18,46%, e de 10,62% entre os de baixo risco.

Em relação a estigma e discriminação, 25,00% daqueles que declararam ter um risco alto de se infectar deixariam de tomar antirretrovirais por medo das pessoas acharem que têm HIV. Esse percentual decresce entre as categorias risco moderado (11,76%) e baixo (13,72%). A maior parte dos participantes acreditavam que o uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas transem sem camisinha, sendo 87,50% entre aqueles com risco alto de se infectar, 86,76% entre os de risco moderado e 87,86% entre os de risco baixo. Além disso, 43,75% daqueles com risco alto, 55,88% moderado e 34,89% baixo declararam que essa atitude poderia acontecer consigo.

Acerca do aspecto emocional frente à soropositividade para o HIV, dos que se sentiriam desesperados, 56,25% declararam ter alto risco de se infectar pelo HIV, 56,20% tinham idade entre 25 e 35 anos e 59,38% eram do sexo feminino.

5.2.7 (OE7) Georreferenciamento do nível de conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV

Para a análise do conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV, definiu-se o ponto de corte por acerto. Os valores foram considerados para o agrupamento do nível de conhecimento em uma escala composta por três categorias de conhecimento: alto ($\geq 71\%$), moderado (36%-70%) e baixo (0%-35%) (GOMES *et al.*, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2013; FONTES *et al.*, 2017; BRASIL, 2016a; GUIMARÃES *et al.*, 2019).

Entre os participantes, 84% tiveram um escore de conhecimento moderado; 10%, alto; e 6%, baixo. Quando avaliadas as características sociodemográficas e as categorias de conhecimento, somente a faixa etária ($p=0,034$), o grau de escolaridade ($p=0,014$) e o acesso à internet (0,030) tiveram uma associação estatisticamente significativa (Tabela 24). Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, observou-se um percentual elevado de homossexuais com conhecimento alto (18,5%) quando comparados aos indivíduos de outras orientações sexuais, aos que se

autodeclararam não brancos (13,4%), aos que trabalhavam (11,1%) e aos que viviam com companheiro(a) (12,3%) (Tabela 24).

Em relação às características de comportamento sexual, aqueles que relataram ter feito uso de camisinha na sua primeira relação sexual, os que faziam uso frequente de camisinha, os que haviam tido mais de uma, mas menos de dez parceiras na vida e os que já haviam realizado teste de HIV tiveram um percentual maior de conhecimento alto quando comparados aos demais participantes, assim como apresentaram uma associação estatisticamente significativa (Tabela 25).

Tabela 24. Níveis de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias da Prevenção Combinada, segundo características sociodemográficas. Distrito Federal, setembro de 2018 a fevereiro de 2019.

	Total	Conhecimento			Valor de p*
		%	Baixo n=25 (6%)	Moderado n=353 (84%)	
Sexo					
Feminino	61,2	17 (6,6%)	219 (85,2%)	21 (8,2%)	0,245
Masculino	38,8	8 (4,9%)	134 (82,2%)	21 (12,8%)	
Faixa etária					
<25 anos	32,4	9 (6,6%)	118 (86,8%)	9 (6,6%)	0,034
25-35 anos	32,8	8 (5,8%)	121 (87,7%)	9 (6,5%)	
>35 anos	34,8	8 (5,5%)	114 (78,1%)	24 (16,4%)	
Grau de escolaridade					
Ensino fundamental	6	3 (12,0%)	22 (88,0%)	0 (0%)	0,014
Ensino médio	17,6	9 (12,2%)	60 (81,1%)	5 (6,8%)	
Ensino superior	76,4	13 (4,0%)	271 (84,4%)	37 (11,5%)	
Estado conjugal					
Vive com companheiro(a)	38,6	11 (6,8%)	131 (80,9%)	20 (12,3%)	0,353
Vive sem companheiro(a)	61,4	14 (5,4%)	222 (86,1%)	22 (8,5%)	
Orientação sexual					
Bissexual	8,3	0 (0,0%)	33 (94,3%)	2 (5,7%)	0,115
Heterossexual	85,2	25 (7,0%)	298 (83,2%)	35 (9,8%)	
Homossexual	6,5	0 (0,0%)	22 (81,5%)	5 (18,5%)	
Raça/cor					
Branca	35,5	9 (5,9%)	120 (86,0%)	20 (8,1%)	0,218
Não branca	64,5	16 (6,0%)	233 (80,5%)	22 (13,4%)	
Situação laboral					
Trabalha atualmente	77,1	19 (5,9%)	269 (83,0%)	36 (11,1%)	0,378
Não trabalha atualmente	22,9	6 (6,3%)	84 (87,5%)	6 (6,3%)	
Acesso à internet					
Sim	99,5	24 (5,7%)	352 (84,2%)	42 (10,0%)	0,030
Não	0,5	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0%)	

Fonte: a autora.

*Teste qui-quadrado.

Tabela 25. Níveis de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias da Prevenção Combinada, segundo comportamento sexual. Distrito Federal, setembro de 2018 a fevereiro de 2019.

	Total %	Conhecimento			Valor de p*
		Baixo n=25 (6%)	Moderado n=353 (84%)	Alto n=42 (10%)	
Usou camisinha na sua primeira relação sexual?					
Sim	55	15 (6,4%)	188 (81,4%)	28 (12,2%)	0,050
Não	41,2	7 (4,0%)	152 (87,9%)	14 (8,1%)	
Não sei/Não quero responder	3,8	3 (18,8%)	340 (81,2%)	0 (0%)	
Usou camisinha na última relação sexual?					
Sim	41,2	10 (5,8%)	146 (84,4%)	17 (9,8%)	0,986
Não	58,8	15 (6,1%)	207 (83,8%)	25 (10,1%)	
Usa camisinha?					
Não, nunca	6,9	5 (17,2%)	24 (82,8%)	0 (0%)	0,030
Sim, frequentemente	35	6 (3,8%)	135 (84,9%)	18 (11,3%)	
Sim, às vezes ou raramente	54,3	14 (6,0%)	194 (83,6%)	24 (10,4%)	
Mais de UMA parceria sexual na vida?					
Sim	82,1	16 (4,6%)	292 (84,6%)	37 (10,8%)	0,035
Não	17,9	9 (12,0%)	61 (81,3%)	5 (6,7%)	
Teve mais de DEZ parcerias sexuais na vida?*					
Sim	34,1	7 (6,3%)	114 (85,1%)	18 (8,6%)	0,035
Não	65,9	17 (5,0%)	228 (82,0%)	23 (13,0%)	
Já fez o teste para HIV alguma vez na vida?					
Sim	60,7	12 (4,7%)	210 (82,4%)	33 (12,9%)	0,023
Não	39,3	13 (7,9%)	143 (86,6%)	9 (5,5%)	

Fonte: a autora.

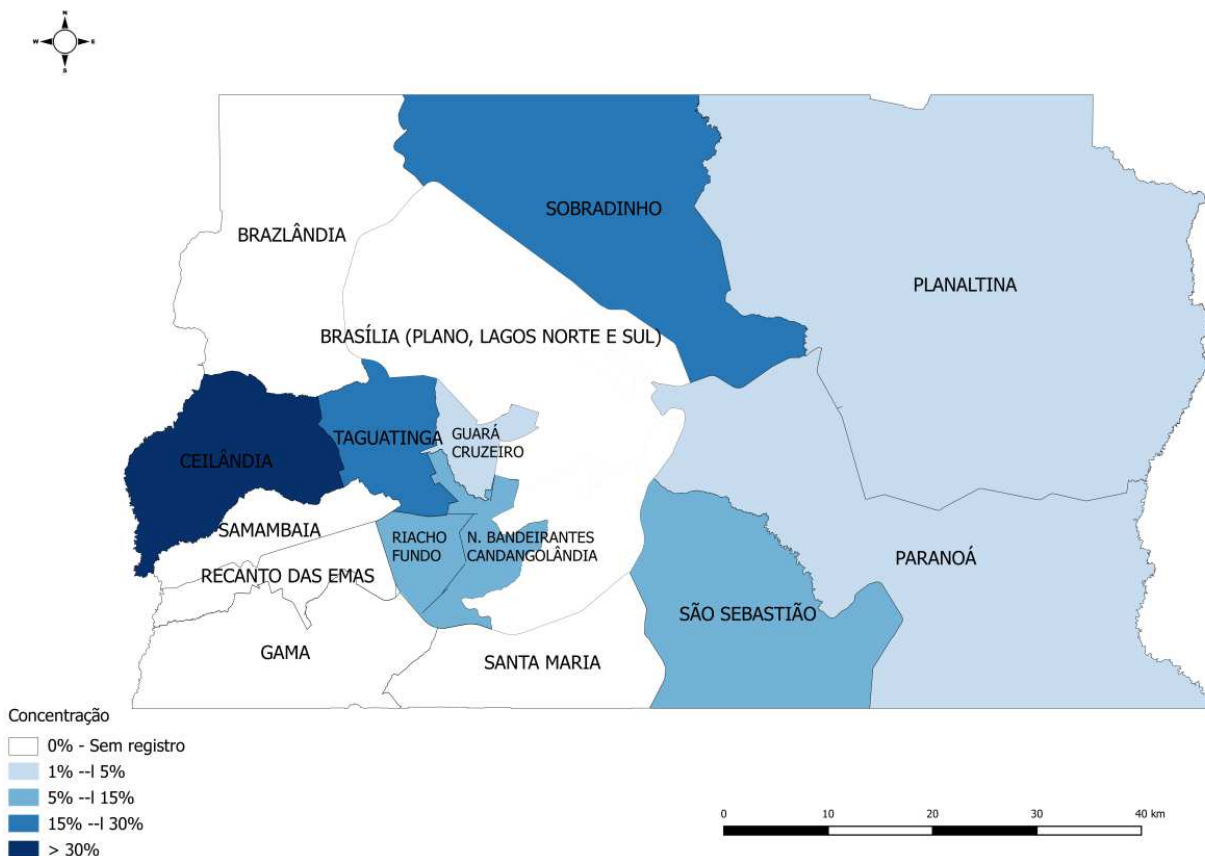
*Excluídos os ignorados.

Ao analisar-se a distribuição espacial do conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV no DF, observou-se que, entre os participantes com nível de conhecimento moderado, a distribuição espacial foi homogênea, enquanto para aqueles com conhecimento alto e baixo a distribuição no território se deu de maneira heterogênea (Figuras 6, 7 e 8).

Entre os indivíduos da população pesquisada que apresentaram nível de conhecimento baixo, mais de 30% estavam concentrados na região de Ceilândia, seguida de Sobradinho e Taguatinga, que concentravam de 15% a 30% desse grupo, respectivamente. Enquanto isso, seis regiões (Plano Piloto, Samambaia, Brazlândia, Recanto das Emas, Santa Maria e Gama) não apresentaram participantes com nível de conhecimento baixo (Figura 6).

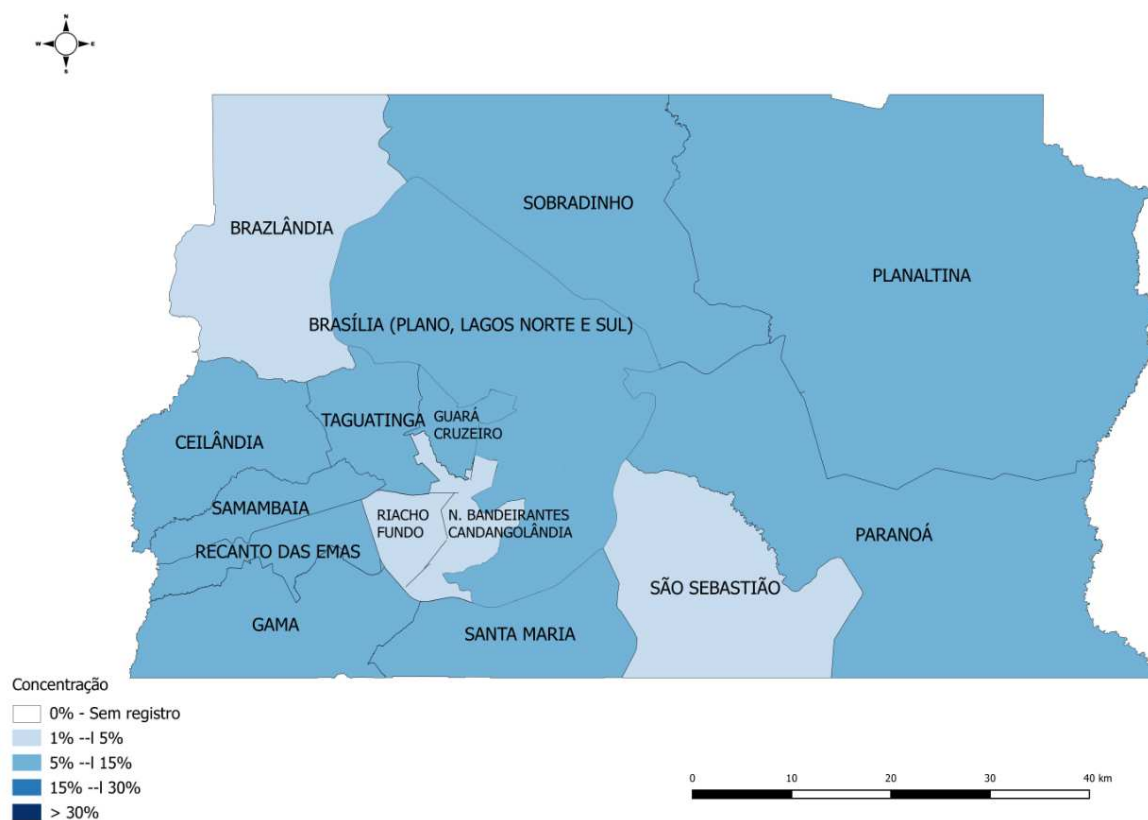
Aqueles indivíduos com maior proporção de conhecimento alto encontravam-se em Ceilândia (30%) e no Plano Piloto (15% a 30%). Entretanto, cinco regiões não tiveram participantes com conhecimento alto (Paranoá, Sobradinho, São Sebastião, Brazlândia e Santa Maria).

Figura 6. Distribuição espacial do percentual da população do DF com nível de conhecimento baixo sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias da Prevenção Combinada. Distrito Federal, setembro de 2018 a fevereiro de 2019.



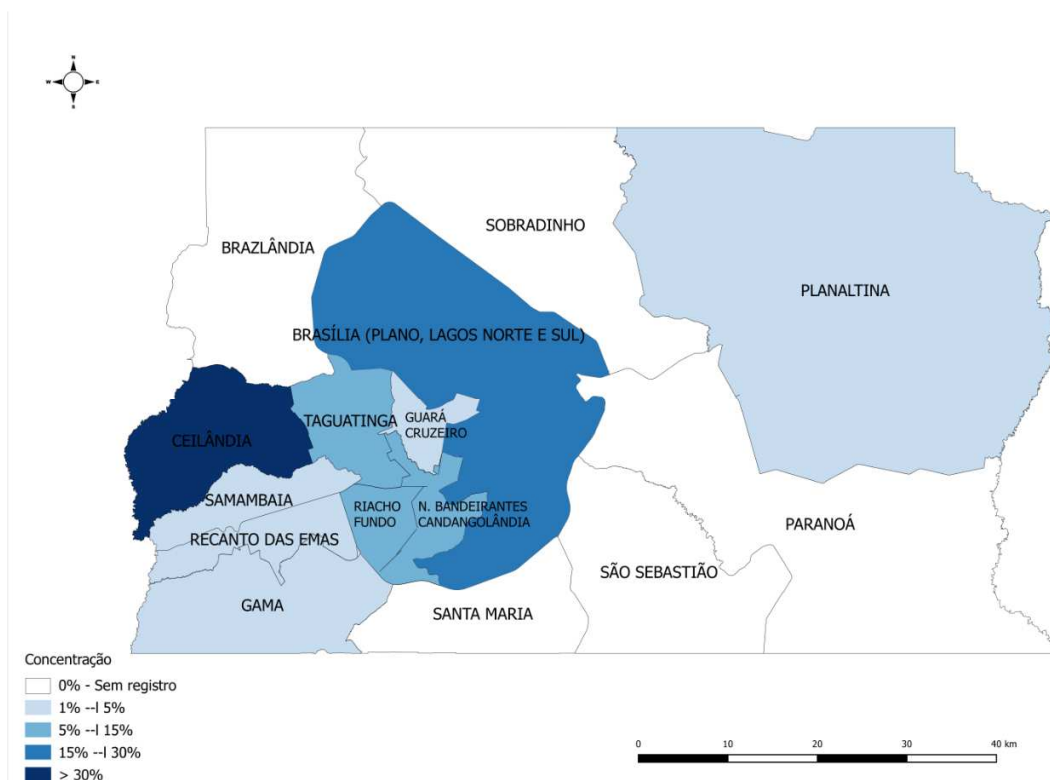
Fonte: a autora, com base cartográfica dos subdistritos em SIRGAS 2000, construído em QGIS.

Figura 7. Distribuição espacial do percentual da população do DF com nível de conhecimento moderado sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias da Prevenção Combinada. Distrito Federal, setembro de 2018 a fevereiro de 2019.



Fonte: a autora, com base cartográfica dos subdistritos em SIRGAS 2000, construído em QGIS.

Figura 8. Distribuição espacial do percentual da população do DF com nível de conhecimento alto sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias da Prevenção Combinada. Distrito Federal, setembro de 2018 a fevereiro de 2019.



Fonte: a autora, com base cartográfica dos subdistritos em SIRGAS 2000, construído em QGIS.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos nesta pesquisa indicam, em termos gerais, maior proporção de conhecimento moderado e alto acerca das formas de transmissão do HIV/aids entre a população do DF, com destaque para o conhecimento de que o uso do preservativo é a melhor maneira de evitar a transmissão e a infecção pelo HIV e acerca dos locais de realização da testagem para o HIV. Esse achado confirma dados epidemiológicos recentes, segundo os quais o DF apresenta uma das menores taxas de detecção de aids do país (GOMES *et al.*, 2017).

Por outro lado, observa-se que o conhecimento de que o uso de antirretrovirais pelas PVHIV reduz o risco de transmissão do HIV é baixo entre os entrevistados. Resultado consonante foi encontrado na PCAP (2016), segundo a qual somente 33,1% da população brasileira possuem esse conhecimento, apesar do crescente consenso científico – a exemplo dos estudos internacionais de Cohen *et al.* (2016), Rodger *et al.* (2016), Grulich *et al.* (2015), Lundgren *et al.* (2015), Danel *et al.* (2015), The Temprano ANRS 12136 Study Group (2015) e Baeten *et al.* (2016) – de que as pessoas que vivem com HIV, que aderem às terapias antirretrovirais e que têm a supressão da carga viral a níveis indetectáveis não transmitem o vírus.

Em contraposição ao conhecimento moderado e alto da população do DF sobre as formas de transmissão do HIV/aids, quando se trata de informações sobre a Prevenção Combinada, observa-se haver conhecimento baixo a respeito das intervenções biomédicas baseadas no uso de ARV, em especial sobre a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), apesar das evidências científicas advindas dos ensaios clínicos de Fonner *et al.* (2016) e Kuhar *et al.* (2013) indicarem alto potencial protetor dessas profilaxias, com grau estimado em mais de 90% e 80%, respectivamente.

Achados análogos foram encontrados em inquéritos realizados por Szwarcwald *et al.* (2018), Kerr *et al.* (2018) e Sperhackle *et al.* (2018), que apontaram alto grau de desconhecimento dessas intervenções. O conhecimento baixo dessas estratégias biomédicas de prevenção baseadas no uso de ARV torna os indivíduos substancialmente mais suscetíveis à infecção pelo HIV. Essa lacuna informacional impacta em novas infecções pelo HIV, pois se os indivíduos que vivenciam potenciais situações de exposição ao vírus tivessem amplo conhecimento dessas estratégias,

dos serviços de saúde que as ofertam e do próprio risco de aquisição da infecção, poderiam contribuir para uma redução das taxas de incidência do HIV.

Guimarães *et al.* (2019) evidenciam que o alto nível de conhecimento e informação sobre o HIV/aids é um dos componentes necessários para uma efetiva adoção de estratégias preventivas. Estudos realizados por Ferreira (2003) e Taquette (2009) constataam que a literacia em saúde constitui um dos fatores que intervêm na vida sexual e na compreensão do risco de exposição ao HIV/aids, sendo um elemento imprescindível à adoção de comportamentos sexuais de menor risco. O conhecimento e a informação em saúde são aspectos estruturantes para o enfrentamento da epidemia do HIV/aids, posto que melhores níveis de conhecimento estimulam novas demandas por informações a respeito de prevenção e de autocuidado e facilitam a compreensão das formas de transmissão e de risco referentes à infecção pelo HIV. A par disso, torna-se evidente, também, a necessidade de reflexionar as dimensões sociais do conhecimento em saúde preventiva e o vínculo entre a informação e a conjuntura sociocultural do usuário da informação de prevenção a esse agravo.

Os desfechos da presente pesquisa revelaram menores índices de conhecimento a respeito das formas de transmissão do HIV e das estratégias de Prevenção Combinada entre as mulheres.

Ao relacionar-se essa variável ao grau de escolaridade, tem-se que as mulheres possuem menor índice de escolaridade. Dados do Boletim Epidemiológico de HIV/aids de 2019 (BRASIL, 2019a) reportam que os novos casos de HIV incidem com maior frequência sobre mulheres com menos anos de estudo. Isso indica uma tendência de privação e falta de oportunidade de acesso à educação formal, o que, por sua vez, maximiza entraves de acesso à informação, aos progressos tecnológicos, aos insumos de prevenção e à orientação em saúde sexual, tornando as mulheres, dessa forma, mais vulneráveis à infecção pelo HIV e outras IST, posto que “projetos de conhecimento não são desconectados das vivências das pessoas, remetem a relações e processos sociológicos específicos” (BIROLI; MIGUEL, 2015, p. 50). Resultados similares foram encontrados por Tomazelli, Czeresnia e Barcellos (2003), Santos *et al.* (2009) e Oliveira *et al.* (2017).

Indicadores de escolaridade revelam desigualdades de gênero, estruturantes e sociais, assim como a divisão sexual do trabalho (SORJ, 2013), na qual os múltiplos papéis que as mulheres desempenham e “[...] as responsabilidades pela vida

doméstica, sobretudo a criação dos filhos” (BIROLI, 2016, p. 729), além de outros serviços não remunerados, impactam em menor acesso à educação, “[...] ao tempo livre e a renda” (BIROLI, 2016, p. 727), resultando nas posições diferentes que homens e mulheres ocupam na sociedade.

Constata-se que a escolarização é um marcador que intervém de maneira relevante na vida sexual, além de constituir um elemento importante na saúde, pois implica uma melhor comunicação com os médicos e, conseqüentemente, maior efetividade na prevenção e cura de agravos (TAQUETTE, 2009).

Observa-se, ainda, que a epidemia de aids vem se tornando uma realidade cada vez maior para as mulheres, em todo o mundo, com quase 1 milhão de mulheres infectadas com o HIV, a cada ano. A aids é a principal causa de morte de mulheres entre 30 e 49 anos globalmente (UNAIDS, 2017b). Somente no Brasil, no ano de 2018, o coeficiente de mortalidade por aids entre mulheres foi de 3,4 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2016c, 2017a, 2018a, 2019a; TAQUETTE, 2009).

Quando se analisam os dados epidemiológicos, destaca-se um aumento na situação de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras IST entre as mulheres (SZWARCOWALD *et al.*, 1998) que permeia aspectos socioculturais estruturais relacionados às desigualdades de gênero, quais sejam: a persistência de um olhar sobre a saúde das mulheres com um enfoque meramente reprodutivo, concentrado na proteção da maternidade e não no comportamento e práticas sexuais relacionadas ao prazer; a falta de acesso a serviços de saúde que promovam a efetivação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos²²; a falta de acesso à educação por parte das mulheres; a padrões culturais que interferem negativamente na adoção de medidas preventivas, como o uso do preservativo; e a violência física, psicológica, doméstica e sexual (BRASIL, 2007). Portanto, essas variáveis impactam o acesso à informação, aos insumos de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento e, por conseqüência, aumenta significativamente a suscetibilidade feminina a essas infecções.

²² Direitos sexuais correspondem à garantia de que toda e qualquer pessoa possa viver sua vida sexual e sua sexualidade com prazer e livre de imposições, discriminação, violência, sem risco de IST ou gravidez não planejada.

Direitos reprodutivos compreendem o direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livremente e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos/filhas, de ter informação e os meios de assim o fazer, tendo acesso tanto a métodos contraceptivos, quanto a atenção integral na gestação, parto e nascimento, gozando do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva (MNCP, 2018, p. 16).

Por outro lado, as mulheres apresentaram maiores percentuais de conhecimento acerca dos locais que disponibilizam a testagem de HIV. Infere-se que esse conhecimento advém da diretriz do MS que recomenda a testagem durante o pré-natal, sendo este um direito das gestantes no âmbito do SUS (SILVA; ARAÚJO; PAZ, 2008).

Em relação ao conhecimento segundo faixa etária, os resultados indicam menores níveis de conhecimento entre os indivíduos jovens, com idades abaixo de 25 anos. Evidências científicas consonantes foram encontradas em outras pesquisas (FERREIRA *et al.*, 2008; SILVEIRA *et al.*, 2002; DEB *et al.*, 2009; LIU *et al.*, 2010; KNOX *et al.*, 2011; WAGENAAR; SULLIVAN; STEPHENSON, 2012). Conforme dados obtidos pela pesquisa de Incidência de HIV na população jovem brasileira (SZWARCOWALD *et al.*, 2018), a faixa etária com maior taxa anual de incidência de HIV é a de 15 a 24 anos. Chamam a atenção os dados epidemiológicos sobre o aumento da aids na população jovem mundial (UNAIDS, 2016).

Ao refletir sobre a baixa proporção de conhecimento acerca das formas de transmissão do HIV/aids por parte da população jovem e os casos de infecção pelo HIV, tem-se, no período de 2007 a junho de 2019, que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontrava-se nos indivíduos na faixa de 20 a 34 anos de idade, alcançando o percentual de 52,7% (BRASIL, 2019a). Em especial, entre os homens, nos últimos dez anos, verificou-se um incremento dessa taxa entre aqueles de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos (BRASIL, 2018b).

O conhecimento baixo dessa população mostra ser um dos fatores associados ao alto percentual de casos de infecção pelo HIV entre os jovens, fazendo com que esse grupo esteja sob risco acrescido de infecção pelo HIV/aids (UNAIDS, 2016). Portanto, os jovens merecem atenção especial para intervenções de prevenção ao HIV/aids no país. A percepção de invulnerabilidade, as inconsistências no uso do preservativo e as elevadas taxas de atividade sexual são comportamentos e fatores que elevam a suscetibilidade ao HIV/aids.

Ademais, observa-se que, com o advento do acesso universal gratuito à TARV no SUS, a ampliação do diagnóstico do HIV, a diminuição do tempo para iniciar o tratamento, o cuidado integral, o aumento da sobrevivência de pacientes diagnosticados com aids (GUIBU, 2011) e o fortalecimento dos direitos humanos das PVHIV, o HIV/aids, antes preditor do óbito e finitude, hoje é visto como uma doença crônica,

passível de tratamento. Há no consciente coletivo uma ideia de naturalização da infecção pelo HIV/aids, o que provoca um sentimento de invencibilidade (PERRUSI; FRANCH, 2002; SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006). Pesquisa de Kerr (2017) confirma a afirmativa de que indivíduos mais jovens têm menos medo da aids, pois se trata de uma doença “curável”.

Pinheiro, Calazans e Ayres delineiam

[...] uma ideia de naturalização da infecção pelo HIV/aids como doença controlável por medicamentos, a crença de que a terapia antirretroviral e principalmente a carga viral indetectável impedem o risco de transmissão do vírus e um sentimento de invencibilidade face a esta epidemia (PINHEIRO; CALAZANS; AYRES, 2013, p. 817).

Apesar de o HIV/aids ser uma doença que possui tratamento, há múltiplos efeitos adversos associados aos ARV que não são colocados em evidência quando se abordam os aspectos da doença. Tem-se, ainda, que esses efeitos são subestimados, o que produz uma percepção de normalidade, tranquilidade e banalidade diante desse agravo. Contudo, tais efeitos podem afetar sobremaneira a qualidade de vida dos usuários de ARV. Dentre os eventos adversos mais comuns, destacam-se as alterações das funções renal e hepática, alterações neurológicas, sintomas gastrointestinais, sintomas dermatológicos, lipodistrofia e lipoatrofia, além de alterações ósseas e cardiovasculares (BRASIL, 2018c).

Esse agravo, ainda, representa uma severa condição de saúde, posto que “[...] o HIV destrói a capacidade do organismo de combater infecções que podem levar a óbito” (UNAIDS, 2017a, p. 29). De acordo com o Estudo de Abrangência Nacional de Sobrevida e Mortalidade de pacientes com aids no Brasil com diagnóstico de 2003 a 2007 (TANCREDI, 2018), de todos os casos de aids que evoluíram para óbito, em 87,7% a causa básica de óbito foi a aids, o que evidencia sua letalidade.

Observa-se haver entre as novas gerações uma perda da memória social frente à epidemia, vez que os jovens não acompanharam, tampouco viveram a realidade devastadora da gravidade do HIV/aids quando do seu início, na década de 1980, e nem vivenciaram a perda de seus ídolos, amigos e familiares em decorrência dessa doença emergente. Portanto, há um distanciamento em relação ao viver e conviver com o HIV/aids.

Os resultados das análises por situação conjugal mostram que os indivíduos que vivem com companheiro(a) apresentaram maior índice de conhecimento. Ferreira *et al.* (2008) registram achados similares a respeito do conhecimento e estado conjugal, em que 34% dos entrevistados que se encontram em relações estáveis apresentaram maior prevalência de conhecimento alto. Entretanto, embora tenham nível de conhecimento alto, cerca de 76% desses indivíduos não utilizaram preservativo na sua última relação sexual.

Constata-se haver no consciente coletivo (DURKHEIM, 2002) certa percepção subjetiva de que a confiança na parceria sexual exime as pessoas do risco de adquirir o HIV. Pesquisas realizadas por Silva, Lopes e Vargens (2010), Bastos e Sczwarcwald (2000), Maliska, Souza e Silva (2017) e Fontes *et al.* (2017) revelam que os indivíduos que se encontram em relações estáveis acreditam estar protegidos de infeccionar-se pelo HIV/aids, posto que se atribui à relação sexual a representação do amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade.

É de se ressaltar a baixa percepção dos indivíduos de verem em si mesmos a condição de sujeitos vulneráveis à exposição ao HIV pelo fato de confiarem em sua parceria. Nesse sentido, questiona-se “se há um risco socialmente definido e reconhecido, qual a lógica ou racionalidade que permite esta desconsideração?” (PERRUSI; FRANCH, 2012, p. 180).

Paiva (1994) assevera que o afeto é preponderante nas relações sociais e sobrepuja o discurso racional. O afeto, a sedução e a familiaridade (conhecer o outro) tornam toda infecção improvável, senão impossível, uma vez que o risco é negado pelo afeto, sobretudo o sentimento amoroso, indissociável da confiança e da cumplicidade.

Isso posto, observa-se que as negociações e os acordos explícitos e implícitos que ocorrem no âmbito das parcerias sexuais são socialmente construídos, e, por conseguinte, o uso do preservativo pode passar a não fazer parte das relações sexuais estáveis e/ou em relações em que a afetividade e o amor estão presentes. Perrusi e Franch (2012, p. 194) asseveram que a “camisinha atua como um demarcador moral da relação, simbolizando compromissos diferenciados – da instabilidade à estabilidade – e mudanças na avaliação do outro – da desconfiança à confiança”.

Corroborando essa premissa, tem-se, no campo das representações sociais (BOURDIEU, 1980), uma combinação preditora do uso do preservativo com circunstâncias secretas, ilegítimas, casuais, e com o pressuposto de infidelidade, tais como envolvimento extraconjugais e relações com profissionais do sexo (SOUZA, 2012; PERRUSI, FRANCH, 2012; REBELLO; GOMES; SOUZA, 2011; MADUREIRA, TRENTINI, 2008).

Alinhando-se a essa ideia, Pinheiro, Calazans e Ayres (2013, p. 826) destacam, como motivo relevante para o não uso do preservativo, a associação que se estabelece “entre a prática preventiva e a desconfiança ou a infidelidade”, conforme se pode constatar nos seguintes relatos, colhidos durante o presente estudo:

Não preciso usar camisinha, pois quando você tem uma relação baseada na confiança e no respeito mútuo, não espera contrair HIV. (Sexo masculino, 37 anos)

Eu não uso camisinha, eu confio nele, vai depender da confiança que tenho nele, né? (Sexo feminino, 33 anos)

No início do namoro eu usava, beleza! Um não confiava no outro, mas depois é aquele negócio: a gente relaxa, e aí, quando relaxa, acabou. (Sexo masculino, 21 anos)

Se ele usar comigo, significa que ele tem outra. (Sexo feminino, 36 anos)

Usar preservativo com minha esposa põe em dúvida a confiança. (Sexo masculino, 33 anos)

Portanto, observa-se haver significações sociais nas relações afetivo-sexuais que levam a subestimar o risco de infecção pelo HIV/aids e dificultam a compreensão do próprio risco de exposição ao vírus. Estudo realizado por Maia, Guilhem e Freitas (2008), também no DF, com homens e mulheres entre 18 e 49 anos, aponta que as relações afetivo-sexuais podem colaborar para que os comportamentos preventivos sejam pouco adotados.

Esses resultados vêm ao encontro das investigações de Calazans *et al.* (2005), Jimenez *et al.* (2001), Hearst e Chen (2004) e Dourado *et al.* (2015), que demonstram haver maior dificuldade em manter a decisão de uso do preservativo no contexto de relações consideradas estáveis.

Nesse sentido, de acordo com os resultados da presente pesquisa, entre os principais motivos do não uso de preservativo na última relação pelos indivíduos que viviam com companheiro(a), o mais prevalente foi a confiança no(a) parceiro(a) (86,05%), seguido de não se sentir em risco (63,24%), ter a sensibilidade reduzida (62,67%), não ter camisinha no momento (57,35%) e diminuição do prazer sexual (50,00%). Desfechos similares foram encontrados na investigação de Oliveira *et al.* (2013).

Merece atenção o fato de que a confiança no(a) parceiro(a) é o motivo mais prevalente para o não uso do preservativo entre as mulheres que vivem com companheiro.

As mulheres, muitas vezes, atribuem à relação sexual a representação do amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade (SILVA; LOPES; VARGENS, 2010), subestimando o risco de se infectarem pelo HIV/aids e a compreensão do próprio risco de exposição ao vírus (BASTOS; SCZWARCOWALD, 2000). Da mesma forma, Maliska, Souza e Silva (2007) revelam, em seu estudo com usuárias de um serviço de assistência especializada em IST/aids, que as mulheres acreditam estar protegidas em relações estáveis.

Portanto, ter uma relação estável é destacado pelas mulheres como fator de proteção contra a doença, pois esse estado conjugal representa, para elas, “fidelidade, confiança e cumplicidade”.

As narrativas abaixo, colhidas durante o presente estudo, retratam esse pensamento:

Não me sinto em risco de pegar o HIV, pois tenho somente um parceiro. (Sexo feminino, 37 anos)

Não tenho risco. Só pega o HIV a mulher que transa com qualquer um. Eu não, só faço com meu namorado. (Sexo feminino, 51 anos)

Sob esse prisma, Pinheiro, Calazans e Ayres (2013), evidenciam

[...] as produções de sentido sobre amor romântico, fidelidade e monogamia, presentes em jovens e adultos, homens e mulheres, que se vinculam a uma suposta proteção, configurando como desnecessário o uso da camisinha em relações conformadas a partir destes elementos (PINHEIRO; CALAZANS; AYRES, 2013, p. 826).

Ademais, há que se destacar que os fatores referentes à não adesão a essa estratégia de prevenção pelas mulheres que se encontram em relações estáveis permeia a falta de controle sobre as relações sexuais, a obrigação marital e as relações sexuais forçadas sem consentimento ou por medo. Seriam, então, o casamento e as relações estáveis um componente da subordinação feminina incluindo a esfera sexual, conforme a percepção de Delphy (2013)?

As mulheres se encontram em uma situação de vulnerabilidade, o que, por sua vez, potencializa o risco de infecção pelo HIV (PINHEIRO; CALAZANS; AYRES, 2013). Esses autores afirmam, ainda, que o contexto de vulnerabilidade de gênero está relacionado às heteronormatividades e às relações de poder existentes entre homens e mulheres no que tange à autonomia para tomar decisões de prevenção ao HIV. Historicamente, essas diferenças se expressam de forma desfavorável às mulheres, transformando-se em desigualdades que prejudicam fortemente o exercício da sexualidade feminina, sobretudo no que se refere aos cuidados com o corpo e com a saúde sexual, relegando a sexualidade feminina ao silêncio, ao conformismo, à submissão e à opressão (BRASIL, 2007).

Destarte, é imperativo atentar para as relações hierárquicas entre homens e mulheres no exercício da sexualidade, no âmbito da qual a “dominação masculina define obstáculos estruturais, institucionais e cotidianos à autonomia das mulheres, restringindo suas alternativas e reservando a elas posições desiguais relativamente aos homens” (BIROLI; MIGUEL, 2015, p. 46), inclusive no que tange às relações sexuais, posto que a atividade sexual e o risco a ela associado estão relacionados a um sistema de gênero que confere ao homem maior poder e obsta a mulher de tomar iniciativas, como, por exemplo, a de adquirir e portar preservativos, por temer ser considerada uma mulher fácil ou vulgar. Logo, tem-se ainda que a reputação da mulher depende do homem, a dignidade da mulher atrela-se à legitimidade masculina (TAQUETTE, 2009), e espera-se das mulheres posturas de pudor em suas práticas afetivo-sexuais (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Ainda conforme Taquette, (2009, p. 30) tem-se que

esse modelo de dominação de gênero masculino é um dos principais geradores de violência e risco de DST, pois dificulta a negociação do uso do preservativo entre os parceiros em suas relações sexuais. Para cumprir os padrões de o que é ser homem/mulher, ambos têm de desempenhar uma prática sexual que lhes é nociva do ponto de vista do risco às DST e a própria vida” (TAQUETTE, 2009, p. 30).

Logo, tem-se que a reprodução dos padrões sociais e culturais de comportamento de gênero masculino e feminino hegemônicos se mantêm, com a predominância do poder do homem sobre a mulher inclusive nas práticas sexuais, posto que o gênero é um poderoso organizador no campo da sexualidade. Destaca-se, ademais, que o exercício da sexualidade não é livre, mas controlado por quem tem poder, retratando as relações assimétricas entre os sexos (FOUCAULT, 1984), e que a capacidade de agir no campo de prevenção às IST relaciona-se a condições pessoais, culturais e econômicas (SAMPAIO *et al.*, 2011), contribuindo para a ampliação do contexto de vulnerabilidade na sexualidade e do risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis, devido à submissão das mulheres aos seus parceiros (TAQUETTE, 2009). Isso posto, verifica-se que a iniquidade de gênero é um condicionante de risco à infecção por IST/aids, e compreende-se que são construtos sociais que produzem relações assimétricas entre homens e mulheres, implicando relações de poder nas quais a mulher, na maioria das culturas existentes, apresenta papel de subserviência (VILELA; ARILHA, 2003).

Tem-se a visão da mulher associada à passividade e dependência, na medida em que exerce pouca influência nas decisões relativas à sexualidade (SAMPAIO *et al.*, 2011). Portanto, pode-se dizer que o reforço da heteronormatividade está vinculado ao contrato sexual, sendo este “o meio pelo qual os homens transformam seu direito natural sobre as mulheres na segurança do direito patriarcal civil” (PATEMAN, 1993, p. 21). Esta é uma questão imposta de forma específica ou desproporcional às mulheres (CRENSHAW, 2002), a qual muitas vezes é considerada como um problema que não tem nome (FRIEDAN, 1971).

Nesse sentido, de acordo com Gagnon (2008), os *scripts* sexuais estão relacionados aos *scripts* de gênero, nos quais os homens adotam a postura de tomar a iniciativa, conduzir e ter a maestria sobre as práticas sexuais. Por outro lado, há uma expectativa de que as mulheres sejam mais passivas. Portanto, nota-se, segundo a perspectiva sociológica, que a iniciativa de propor o uso do preservativo é atribuída ao homem, o que gera um estranhamento quando são as mulheres quem propõem tanto a relação sexual quanto o uso do preservativo (SAMPAIO *et al.*, 2011), e se apontando que o gênero, na vida pessoal, e particularmente, na relação entre os sexos, não é imune à dinâmica do poder (OKIN, 2008).

Na construção social do gênero, quem tem o poder de negociação é o homem, e é ele quem decide a forma e o ritmo das relações sexuais. Essa desigualdade de poder, conferida socialmente aos diferentes sexos, é estruturante do sistema patriarcal (TAQUETTE, 2009).

A subserviência de gênero pode ser observada nos relatos que seguem:

Porque meu marido não gosta. Ele tem medo de botar e broxar, então, a gente não usa. (Sexo feminino, 27 anos)

A mulher muitas vezes fica com medo de ser violentada, então, ela aceita não usar camisinha, a maioria aceita. (Sexo feminino, 49 anos)

Denota-se que a vulnerabilidade individual, de gênero, constitui uma realidade de mulheres na sociedade heteronormativa. Nesse sentido, as expectativas conjugais, com base no referencial de gênero, também se aliam à permanência das mulheres em situações de violência e de submissão, sob a alegação das expectativas amorosas e de resgate de relações conjugais e de intimidade idealizadas (NEVES, 2008; LIMA; SCHRAIBER, 2013).

A escolha do método preventivo não representa somente uma escolha individual – porquanto determinada por muitos fatores sociais, econômicos e culturais que restringem o desejo e a ação individual (KALCKMANN, 2013) –, mas sim, está relacionada à construção social da normatividade para ser homem e mulher, bem como a códigos de valores que favorecem a exposição das mulheres a situações de risco (LIMA; SCHRAIBER, 2013).

Diante do exposto, é mister superar as condições de dominação e opressão, o que por sua vez não está em se igualar aos homens, mas transformar estruturas sociais que beneficiem homens e mulheres igualmente (HOOKS, 1984).

Identifica-se que os indivíduos com maior grau de escolaridade, na presente pesquisa, apresentaram melhor conhecimento acerca das formas de transmissão do HIV e das estratégias de Prevenção Combinada. Desfechos equivalentes foram encontrados em estudos nacionais e internacionais (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; GOMES *et al.*, 2017; FERREIRA *et al.*, 2008; DEB *et al.*, 2009; LIU *et al.*, 2010; KNOX *et al.*, 2011; WAGENAAR; SULLIVAN; STEPHENSON, 2012; GOMES *et al.*, 2013; BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2013; CRUZEIRO *et al.*, 2010), segundo os quais os indivíduos com maior nível de instrução

possuíam melhor conhecimento sobre esses agravos. O grau de escolaridade influencia a qualidade do conhecimento em HIV/aids, uma vez que níveis educacionais mais altos estimulam a demanda por conhecimentos específicos e facilitam a compreensão dos riscos associados à infecção.

Ao analisar-se o conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV/aids e as estratégias de prevenção por raça/cor da pele autodeclarada, verificaram-se percentuais mais baixos de conhecimento entre os sujeitos da pesquisa que se autodeclararam pretos; o menor percentual de uso do preservativo na última relação sexual também se concentra nessa raça/cor.

Desfechos similares foram encontrados nos estudos (GOMES *et al.*, 2017; BRASIL, 2018a; MARTINS *et al.*, 2006; TRAJMAN *et al.*, 2003), que apontam maior conhecimento associado à raça/cor branca. Ademais, de acordo com a PCAP (BRASIL, 2016a), o menor grau de conhecimento concentra-se entre as pessoas que se autodeclararam pretas e indígenas.

Dados do Boletim Epidemiológico HIV/Aids (BRASIL, 2019a) revelam que, de acordo com a série histórica, desde 2009 os casos de aids são mais prevalentes em mulheres negras, enquanto entre os homens isso ocorre desde 2012. Em 2018, as proporções observadas foram de 54,8% e 58% entre homens e mulheres, respectivamente. Em se tratando dos dados dos óbitos notificados entre os anos de 2008 e 2018, houve um crescimento de 22,5% na proporção de óbitos de pessoas negras por aids, no país (BRASIL, 2019a).

Paixão e Carvano (2008) e Ruas Neto (2007) explicitam que a população negra vive em piores condições de saúde quando comparada à população branca, fato que justifica o maior percentual de percepção do alto risco de se infectar pelo HIV entre os indivíduos que se autodeclararam da raça/cor preta, encontrado nesta pesquisa. A referência racial e étnica é um fator que determina as desigualdades e iniquidades produzidas tanto no processo saúde-doença quanto no acesso e utilização de serviços de saúde, evidenciando a relevância desse determinante social de saúde. Portanto, há no país um diferencial nas condições de viver, adoecer e morrer em função da raça/cor (CUNHA, 2012).

Abramo (2004) revela haver uma desvantagem sistemática da população negra em relação à branca; porém, tal desvantagem é especialmente elevada no que concerne às mulheres negras. Análise do recente Boletim Epidemiológico HIV/Aids de

2019 aponta que, entre as mulheres negras, o percentual de casos de aids é de 53,6%, e entre as brancas, de 37,2% (BRASIL, 2019a), indicando uma desigualdade étnico-racial no contexto de vulnerabilidade acrescido das mulheres negras e evidenciando que essas mulheres estão em uma posição incomum na sociedade (HOOKS, 1984).

Taquette (2009) mostra que a violência estrutural, familiar e de gênero é mais aguda na parcela da população de mulheres afrodescendentes. Observa-se, ainda, que as desigualdades que atingem as mulheres negras no Brasil comumente apontam para a presença de discriminações entrelaçadas, em um mesmo tempo-espaco: o fato de ser mulher, de ser negra e de ter baixa renda.

Para Rodrigues (2000), incidem sobre as mulheres afrodescendentes condições de saúde menos favoráveis, além de uma vulnerabilidade acrescida ao processo de infecção pelo HIV. A mulher negra está em desigual condição jurídica, econômica e social. Em geral, esse grupo da população não tem seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos, pois invariavelmente lhe é negado o acesso aos serviços de saúde, e, quando esses serviços são oferecidos, o atendimento fornecido é de pior qualidade. Portanto, ser mulher, ter baixa renda e ser afrodescendente pressupõe sujeição a um conjunto de situações que eleva a vulnerabilidade ao HIV/aids e que, associado aos outros fatores, faz com que essa mulher possa ser incluída num grupo de risco para as altas taxas de morbimortalidade. Em suma, nota-se que as diferenças étnico-raciais potencializam o processo de vulnerabilidade ao HIV/aids e às práticas de vida e de adoecimento em relação a essa doença.

De acordo com Carneiro (2002, p. 210), as mulheres negras sofrem

múltiplas formas de discriminação social, em consequência da conjugação perversa do racismo e do sexismo, as quais resultam em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida (CARNEIRO, 2002, p. 210).

Averigua-se que as discriminações de raça e de gênero não são fenômenos mutuamente excludentes, observando as várias formas de subordinação que refletem os efeitos interativos das discriminações de raça e de gênero, apontando para a discriminação interseccional de mulheres em formas múltiplas e articuladas (CRENSHAW, 2002; BIROLI; MIGUEL, 2015; SOUZAS; MARINHO; MELO, 2012).

No que diz respeito ao conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias de Prevenção Combinada e situação laboral, tem-se que os indivíduos que declararam trabalhar no período da pesquisa apresentaram melhor conhecimento. Esse achado guarda coerência com os dados encontrados no Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2018 (BRASIL, 2018a), na PCAP de 2016 (BRASIL, 2016a) e na investigação de Gomes *et al.* (2013), que revelam maior proporção de conhecimento baixo entre os indivíduos que relataram não trabalhar.

Observa-se um percentual maior de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias de Prevenção Combinada entre os indivíduos que buscaram informações quando comparados àqueles que não as buscaram. A internet revela-se a fonte mais prevalente na qual os sujeitos da pesquisa buscaram informações. É possível verificar que ter acesso ou não à internet provoca uma diferença significativa de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias de prevenção. Desfechos similares foram encontrados nas pesquisas de Fontes *et al.* (2017), Costa *et al.* (2011) e Brito, Castilho e Szwarcwald (2001), as quais apontam que o hábito de acessar a internet promove níveis mais elevados de conhecimento sobre HIV/aids.

Quando relacionadas as variáveis sobre a busca por informação de prevenção e uso do preservativo, tem-se que, do total de indivíduos que relataram não buscar informação sobre prevenção, cerca de 20% relataram nunca usar o preservativo.

O baixo grau de conhecimento torna os indivíduos substancialmente mais susceptíveis à infecção pelo HIV. Verifica-se haver uma questão de desigualdade no acesso à informação; nesse cenário, é mister promover a inclusão dos excluídos informacionais, posto que o desenvolvimento da competência informacional é imprescindível à realização da escolha mais adequada dentre o elenco das estratégias preventivas, e portanto, ao empoderamento social para ação.

Observa-se, portanto, que, de acordo com a concepção do paradigma cognitivo e da teoria de Belkin (1980) a respeito dos *Anomalous States of Knowledge* (ASK) (Estados Anômalos de Conhecimento), a existência de lacuna de informação e/ou de vazio cognitivo no estado de conhecimento constitui um aspecto preditivo para a infecção pelo HIV/aids. Ayres *et al.* (1999) afirmam em seu estudo que as condições que afetam a vulnerabilidade individual, também, são de ordem cognitiva. Tem-se que a falta de conhecimento ou conhecimento baixo mostram-se prejudiciais à percepção

de risco, à adoção de práticas sexuais protetoras e aos esforços de prevenção do HIV. Pesquisa de Braveman e Gottlieb (2014) indica que a cognição impacta no processo saúde-doença e na prevalência e incidência dos agravos em questão.

Outro importante fator verificado diz respeito ao elevado conhecimento, por parte dos homossexuais e bissexuais, de que o uso do preservativo é a melhor forma de prevenir a infecção pelo HIV, e de que uma pessoa saudável pode estar infectada pelo vírus. Esse resultado é condizente com estudo desenvolvido na Finlândia (SUOMINEN *et al.* 2017). Contudo, merece atenção o fato de que ter conhecimento não se traduz, necessariamente, em mudanças comportamentais sexuais mais seguras (FERREIRA *et al.*, 2008). Nesse sentido, por exemplo, é nesses grupos populacionais que se encontra o menor percentual de uso do preservativo na última relação sexual – somente 6,02% entre os homossexuais e 10,84% entre os bissexuais – assim como o menor percentual de testagem (apenas 11,49% dos homossexuais e 6,9% dos bissexuais já haviam feito o teste de HIV alguma vez na vida). Achados similares foram encontrados em Gomes *et al.* (2017).

Diante desses aspectos, observa-se um distanciamento entre a posse do conhecimento e a prática informacional do usuário (CHOO, 2013), em termos de mudanças concretas que induzam o uso das estratégias de Prevenção Combinada disponíveis no SUS.

Soma-se a esse contexto a vulnerabilidade social que incide sobre o segmento populacional de homossexuais e de bissexuais, que inclui situações de violência, estigma e discriminação, o que se associa à percepção desse grupo em considerar-se sob maior risco de infecção quando comparados aos heterossexuais.

Infere-se que o medo da rejeição social e institucional nos serviços de saúde vigora como importante barreira de acesso aos direitos e às ações de cuidado integral à saúde, demonstrada nas investigações de Grangeiro, Castanheira e Nemes (2015), Gomes *et al.* (2013) e UnaidS (2014). Esse fato explicaria explicar a menor aceitabilidade da PrEP entre esse segmento populacional, apesar do alto percentual de homossexuais e de bissexuais que relataram que essa estratégia poderia funcionar para si. Evidências científicas advindas de estudos com a população de *gays* e outros HSH salientam a redução no risco de aquisição do HIV quando do uso adequado da PrEP (MOLINA *et al.*, 2015).

Ainda, segundo os dados das pesquisas de Kerr *et al.* (2018), Szwarcwald *et al.* (2018) e Luz *et al.* (2018), essa população enfrenta diversos obstáculos que a distanciam dos serviços de saúde, da inclusão social e dos programas e serviços de prevenção, testagem e diagnóstico, propulsionando maior vulnerabilidade no âmbito do HIV/aids (GRANGEIRO *et al.*, 2015; GRANGEIRO; KUCHENBECKER; VERAS, 2015). Isso parece justificar o maior número de casos de infecção, entre homens, na categoria de exposição homossexual (BRASIL, 2019a). A pesquisa de Kerr *et al.* (2018) revela que a população-chave de gays e outros HSH apresenta prevalência desproporcionalmente alta de infecção pelo HIV, quando comparada à população geral (KERR *et al.*, 2018; BRASIL, 2018b).

Há conhecimento baixo acerca de medidas preventivas complementares. Tem-se que somente 17,90% da população do DF tem conhecimento de que a circuncisão/cirurgia de fimose previne a infecção pelo HIV. Resultados recentes de ensaios clínicos randomizados evidenciam que a realização da cirurgia de fimose leva a uma queratinização da mucosa peniana, e diminui em torno de 60% a chance de o homem adquirir o HIV (WHO/UNAIDS, 2007).

Melo e Teixeira (2008) esclarecem que a

[...] retirada do prepúcio diminui as chances de infecção pelo HIV porque reduz a área da pele que contém grandes concentrações de células de Langerhans, macrófagos e células T CD4+, as células-alvo da infecção pelo vírus. Assim, a circuncisão teria o efeito de diminuir a área de contato disponível para a transmissão do HIV. Outro possível mecanismo de proteção relacionado à circuncisão seria a diminuição de secreções acumuladas no prepúcio e a menor incidência de doenças ulcerativas e lacerações no pênis (MELO; TEIXEIRA, 2008, p. 575).

Achados advindos dos ensaios clínicos de Bailey *et al.* (2007); Gray *et al.* (2007) revelam que a circuncisão masculina tem efeito protetor significativo contra a infecção pelo HIV. Metanálise de Weiss, Quigley e Hayes (2000) apresentou evidências de que o efeito protetor entre os circuncidados manifesta-se de forma ainda mais clara nos estudos conduzidos com homens sob alto risco de aquisição de infecção pelo HIV.

Os resultados da presente pesquisa apontam a existência de obstáculos socioculturais, bem como escassez de disseminação, promoção e decodificação desse procedimento como medida preventiva complementar, apesar da sua alta eficácia. Infere-se haver, no âmbito das representações dos saberes sociais, a

imagem da circuncisão masculina como uma prática religiosa ou cultural, como um procedimento médico para resolver problemas de infecções, lesões ou anomalias do prepúcio, e não como estratégia de prevenção na transmissão do HIV/aids (EYER-SILVA, 2003).

Os relatos a seguir exemplificam o exposto:

Aqui no Brasil, não temos essa cultura. Dizem que fica feio e que perde a sensibilidade. (Sexo masculino, 35 anos)

Circuncisão é coisa de religião. Imagina! Ninguém mexe em mim, não. (Sexo masculino, 22 anos)

A que eu conheço é a da Bíblia. (Sexo masculino, 29 anos)

Em se tratando do conhecimento sobre microbicidas, este também é baixo – apenas 11,27% da população do DF já tinham ouvido falar dessa medida preventiva complementar. Ao analisar-se o recorte por orientação sexual, verifica-se um percentual ainda menor de conhecimento dos microbicidas entre os homossexuais (3,70%) e bissexuais (5,71%). Evidências científicas do estudo randomizado CAPRISA 004 (ABDOOL KARIM *et al.*, 2010) apontam redução da aquisição do HIV em cerca de 54% em mulheres com alta adesão ao gel microbicide candidato. O uso do gel pode potencialmente preencher uma lacuna importante na prevenção do HIV.

Em linhas gerais, detecta-se baixa frequência do uso regular do preservativo na população do DF, embora cerca de 97% da amostra saibam que usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o HIV seja transmitido durante a relação sexual. Resultados semelhantes foram relatados na PCAP 2016 (BRASIL, 2016a), os quais apontam que 94% dos brasileiros entre 15 e 64 anos concordavam que o preservativo era a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV; todavia, somente 23,5% da população brasileira sexualmente ativa usaram o preservativo em todas as relações sexuais, e 39,1% o utilizaram na última relação sexual.

Estudos de Fontes *et al.* (2017), Bastos, Bertoni e Hacker (2008), Dourado *et al.* (2015), Suominen *et al.* (2017), Brasil (2006) e Pinheiro, Calazans e Ayres (2013) atestam a mesma tendência de queda no uso do preservativo. Pesquisa conduzida por Hallal *et al.* (2015) revela que o uso regular do preservativo tem alta eficácia para evitar a transmissão do HIV, com favorável relação custo-benefício; o não uso do preservativo é um dos fatores comportamentais de alto risco preditivos da infecção

pelo HIV (LUZ *et al.*, 2018; CDC, 2012), principalmente devido ao fato de que a principal via de transmissão em indivíduos com 13 anos ou mais de idade em 2018 foi a sexual, em ambos os sexos (BRASIL, 2019a). Pode-se atestar, portanto, que práticas sexuais desprotegidas são determinantes na infecção pelo HIV, aumentando a vulnerabilidade para a transmissão do vírus, conforme achados científicos dos estudos de Marks, Burris e Peterman (1999) e Vergara e Barroso (2007).

Além da confiança na parceria, um dos mais prevalentes motivos reportados pela população inquirida para o não uso do preservativo foi a redução da sensibilidade quando do uso do insumo. De fato, a partir do sistema de produção de significados construídos socialmente, considera-se que o uso do preservativo diminui o prazer e o desempenho sexual. O preservativo é constantemente associado a “um elemento artificial do relacionamento sexual [...], uma verdadeira tortura na sua vida, atrapalhando de forma definitiva a sua intimidade”(PERRUSI; FRANCH, 2012, p. 194); o preservativo “é um terceiro elemento, um intruso” (JEOLÁS, 2003, p. 101).

O estudo de Alves e Lopes (2008) identificou que 23,1% dos entrevistados afirmaram que o uso do preservativo gera diminuição do prazer sexual; em direção semelhante, Carvalho *et al.* (2007) apontaram que 29,6% da população amostrada da pesquisa queixaram-se de que o preservativo diminui o prazer. Maksud (2009, p. 355), com o objetivo de entender os significados do comportamento sexual e “[...] os sentidos sociais do desejo”, ressalta o fator de resistência ao uso do preservativo por parte dos homens, que relatam não gostar de usar preservativo porque querem sentir pele na pele, querem experimentar carne com carne (PERRUSI; FRANCH, 2002; SILVA, 2012).

Esses achados mostram a existência de crenças e atitudes negativas em relação ao uso regular do preservativo masculino, no sentido que este provoca uma ruptura da harmonia e do ritmo do encontro sexual.

Os discursos que seguem, registrados na presente pesquisa, explicitam essa problemática:

Eu acho incômodo, porque corta o clima; a camisinha seca com o atrito, é incômodo. Meu parceiro também se incomoda em usar. (Sexo feminino, 29 anos)

A relação sexual é como se fosse um caminhão na descida, e se você parar e colocar a camisinha, é como se fosse um freio, sabe? E até pegar o ritmo de novo, demora. (Sexo masculino, 33 anos)

Com a camisinha, ele não segura ereção. (Sexo feminino, 26 anos)

Não uso preservativo, por ser mais prazeroso e dar mais excitação. Usar o preservativo diminui o prazer aqui (apontando para o cérebro). (Sexo masculino, 24 anos)

Meu parceiro não gosta da camisinha masculina. (Sexo feminino, 34 anos)

Os sujeitos da pesquisa que declararam ter religião apresentam menor proporção de uso do preservativo quando comparados com os indivíduos que não tinham religião. Infere-se este resultado do debate sobre o uso de métodos de contracepção e a tradição das religiosidades. Todavia, aqueles buscaram por mais informação sobre o HIV e apresentaram maior percentual de realização de testagem para o HIV. A partir dos desfechos desta pesquisa, não se pode aferir, dentre os entrevistados, que a religião é um fator protetor para a prevenção. Achados nessa direção foram encontrados no estudo de Pereira *et al.* (2016).

Ao correlacionar-se o não uso do preservativo e a percepção de risco, merece destaque que, apesar da baixa frequência de uso do insumo, os indivíduos amostrados acreditam ter pouco ou nenhum risco de se infectar pelo HIV, o que demonstra um contrassenso no âmbito da dinâmica da infecção.

Esse resultado reforça que nem sempre ter conhecimento e informação sobre as formas de transmissão do HIV/aids se reflete em práticas sexuais seguras. Infere-se haver, então, fatores emocionais, cognitivos e humanos que influenciam a decisão sobre a adoção ou não de práticas sexuais seguras à infecção pelo HIV. Estudos realizados por Guimarães *et al.* (2019), Beyrer *et al.* (2012) e Altman *et al.* (2012); revelam que, a despeito das potencialidades do conhecimento, este não implica necessariamente mudança das práticas sexuais desprotegidas, pois elas dependem dos aspectos estruturais, relacionais, culturais e subjetivos que permeiam a construção do indivíduo.

No tocante ao comportamento sexual, tem-se que 85,17% dos sujeitos da pesquisa consideravam-se heterossexuais, 8,37% bissexuais e 6,46% homossexuais. Ademais, a identidade autorreferida dos participantes como bissexuais e

homossexuais é maior entre os mais jovens. Resultados nessa direção foram encontrados na pesquisa conduzida por Diamond (1993) na qual cerca 10% dos homens americanos declaram-se *gays* ou bissexuais.

Destaca-se um incremento dos percentuais de bissexuais e homossexuais na amostra quando comparados com a estimativa do tamanho das populações sob maior risco de infecção pelo HIV descrita na PCAP (2016), a saber, 3,5% da população brasileira declaram-se HSH, 4,6% lésbicas e 1,2% bissexuais.

A partir do movimento LGBT, progressos significativos nas iniciativas pelos direitos cívicos e de igualdade dessa população, tais como a garantia do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo e a adoção por casais homossexuais, têm promovido um aumento na motivação da revelação da orientação sexual, não obstante a discriminação, conforme apontam os dados das pesquisas de Costa e Poeschl (2010) e Poeschl, Costa e Venâncio (2012).

Em relação ao comportamento sexual, segundo a quantidade de parcerias sexuais, o padrão de parcerias da casuística é similar às tendências internacionais, conforme apontam pesquisas de Scanavino e Abdo (2010), Menesia (1999) e Velo-Higueras (2019). Nota-se que a proporção de indivíduos que tiveram mais de uma parceria sexual apresenta maior percentual de conhecimento moderado e alto. O número de parceiros sexuais tem sido associado à maior frequência de comportamento sexual de risco, sendo este um indicador do aumento da interação entre uma ou mais pessoas que tenham o vírus em seu sistema imunológico e demais pessoas que não o tenham, conforme desfechos referidos em diversos estudos (SCHILTZ; SANDFORT, 2000; SANTOS, 1998; SÁNCHEZ-ALEMÁN; URIBE-SALAS; CONDE-GONZÁLES, 2002; ALMONTE *et al.*, 2008; SILVA *et al.*, 2009).

Esse dado traz, outrossim, a reflexão sobre a baixa percepção de risco, pelos indivíduos, de adquirir o HIV/aids, em comportamentos sexuais com múltiplas parcerias, posto que cerca de 60% dos sujeitos da pesquisa que relataram ter tido mais de 10 (dez) parcerias sexuais percebem-se com baixo/nenhum risco de se infectar. Soma-se, ainda, que somente 36,23% dos indivíduos que tiveram mais de 10 (dez) parcerias sexuais afirmaram usar frequentemente o preservativo.

As narrativas abaixo, colhidas durante o presente estudo, retratam esse pensamento:

Acho que tenho baixo risco, apesar de ter tido relações sexuais com pessoas que eu não sabia que a sorologia era positiva. (Sexo masculino, 24 anos)

Já tive vários parceiros, mas se sentir em risco é uma coisa que a gente nega, né? (Sexo feminino, 21 anos)

Estudo conduzido por Velo-Higueras *et al.* (2019) apresentam resultados que corroboram os achados da presente pesquisa. Naquele, 61% dos participantes não estão conscientes de que o número de suas parcerias sexuais os coloca em risco de adquirir o HIV.

Pesquisas de Jeolás (2003) e Souza (2012) revelam que há um hiato entre a doença e as atitudes, práticas e comportamentos sexuais, isto é, o risco racional de exposição ao HIV/aids. Tal concepção advém da construção histórico-sociocultural na qual o HIV/aids é percebido como uma doença do outro e não de todos, uma vez que desencadeia mecanismos de negação, afastamento e deslocamento do risco percebido em relação ao HIV. Estudo conduzido por Loyola (1994) apresenta que uma minoria dos sujeitos de sua pesquisa atribuem a possibilidade de contrair o HIV ao seu próprio comportamento.

Destaca-se que a representação da aids como doença do outro, fora do indivíduo, implica a “projeção do risco para longe de si próprio”, pois “muitas pessoas têm a crença de que apenas os outros são vulneráveis” (SILVEIRA *et al.*, 2011, p. 214). Todavia, é mister destacar que os outros têm nome (FRIEDAN, 1971). Observa-se, então, a existência de “um conjunto de imagens, ideias, valores e significados que compõem o imaginário da aids e do risco” (JEOLÁS, 2003, p. 94).

Pesquisas de Souza (2012) e Santos (2013) revelam que, de acordo com o consciente coletivo, somente os indivíduos que vivem uma sexualidade desregrada, os gays e outros HSH, pessoas que usam drogas injetáveis e profissionais do sexo estariam em contexto de risco à infecção pelo HIV/aids, o que justifica o ínfimo percentual de 2,31% de heterossexuais que consideram ter alto risco de se infectar pelo HIV.

Essa concepção dá-se em razão da associação histórica do HIV/aids às representações estigmatizantes de um padrão de transmissão restrito a segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade para o HIV.

Goffman (1988) declara que o estigma nada mais é do que uma construção social legítima, criada pela relação entre os indivíduos que, de modo simbólico ou concreto, estabelecem os espaços de normalidade. Portanto, o estigma “é construído [...] a partir de significações sociais que transformam expectativas normativas em exigências apresentadas de modo rigoroso” (GOFFMAN, 1988, p. 12).

Acreditava-se que a aids “[...] era problema de pessoas consideradas moralmente questionáveis. Ela seria uma consequência de comportamentos reprovados pela sociedade” (SOUZA, 2012, p. 335). Moreira *et al.* (2010) recordam que esse agravo era denominado câncer gay, sugerindo que o HIV/aids estaria vinculado à culpa de caráter individual, à perversão da homossexualidade (MORRISON; MORRISON, 2002).

Ferreira (1999) afirma que a aids foi marcada como uma doença moral, conferindo à morte do portador do HIV, por meio de códigos socialmente construídos, significados moldados pela sociedade.

Observa-se, então, a reprodução de padrões socioculturais que obstam a percepção de que o pertencimento a esses segmentos “não é suficiente para caracterizar indivíduos com frequentes situações de exposição ao HIV, o que é definido por práticas, parcerias ou contextos específicos que determinam mais chances de exposição ao vírus” (BRASIL, 2017d, p. 9).

Ainda há, na atualidade, uma falsa impressão de que os demais indivíduos estariam excluídos de situações de exposição ao HIV, e assim se tornariam imunes. Estabeleceu-se a crença em uma suposta blindagem para os sujeitos sociais que se comportam de acordo com os padrões culturalmente sancionados. Essa concepção dá-se em razão da associação histórica do HIV/aids às representações estigmatizantes de um padrão de transmissão restrito a segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade para o vírus.

Em termos de parcerias sexuais, 26,83% das mulheres tiveram mais de dez parcerias sexuais na vida, enquanto 60,47% dos homens da amostra tiveram mais de dez parcerias. Múltiplas parcerias foram relatadas com maior frequência pelo sexo masculino, apontando maior intimidade do homem com seu prazer sexual e a liberdade do seu exercício.

O homem nasceu para ser ganhão e dominar. (Sexo masculino, 49 anos)

Quanto mais melhor! (Sexo masculino, 20 anos)

A assimetria entre homens e mulheres no plano das representações sociais (TAQUETTE, 2009, p. 12) relacionadas ao exercício da masculinidade ressalta-se na percepção de que “o homem deve iniciar a vida sexual o mais cedo possível, ter muitas parcerias sexuais” (BRASIL, 2007, p.12). Enquanto a mulher é desvalorizada pela sociedade quando tem variados parceiros, o homem é valorizado pelo mesmo motivo e pela intensa intimidade com o prazer sexual e liberdade de seu exercício, agindo como se não fosse possível controlar sua sexualidade (TAQUETTE, 2009) e ressaltando padrões hegemônicos de masculinidade (LIMA; SCHRAIBER, 2013).

No quesito testagem para o HIV, observa-se baixa proporção de indivíduos que já haviam realizado o teste. Dados semelhantes são observados na PCAP 2016 (BRASIL, 2016a), em que a testagem para o HIV no país apresenta proporções muito baixas – 63,9% da população brasileira nunca haviam feito o teste de HIV na vida.

A testagem rotineira e regular é uma medida importante para reduzir a proporção de início tardio do tratamento para o HIV e, por conseguinte, prevenir o adoecimento e a mortalidade pela aids (BRASIL, 2017c; BRASIL, 2011).

A testagem para o HIV é a porta de entrada para que os indivíduos tenham acesso ao tratamento e à atenção relacionados ao HIV (UNAIDS, 2017b). No Brasil, constata-se os esforços do MS em: (I) promover campanhas de testagem, visando à ampliação do diagnóstico do HIV; (II) elaborar normas e protocolos nacionais; e (III) articular com a sociedade civil estratégias de mobilização social de incentivo à testagem (BRASIL, 2011). Contudo, segundo os dados obtidos pela presente pesquisa, observa-se que a testagem regular para o HIV ainda não acontece de forma efetiva.

Estudo conduzido por Guimarães *et al.* (2019) evidencia que essa população enfrenta entraves no cuidado contínuo do HIV, desde o diagnóstico precoce até a obtenção de supressão da carga viral. Revisão integrativa de literatura de Costa *et al.* (2017) aponta haver obstáculos simbólicos e morais que dificultam o acesso da população-chave aos serviços de saúde. Pesquisas de Brotman *et al.* (2002) comprovam os achados supracitados, ao revelar o estigma institucional presente nos equipamentos do Estado; 89% dos profissionais de saúde vinculados a serviços de saúde manifestam reações negativas quando um/uma paciente se identifica como homossexual ou bissexual.

Merece atenção o fato de que 10,56% dos heterossexuais, 42,31% dos homossexuais e 9,09% dos bissexuais teriam maior número de relações sexuais se tomassem PrEP. Nota-se claramente o benefício da PrEP como estratégia de prevenção.

Para 87,20% da amostra, o uso de álcool ou outras drogas pode fazer com que as pessoas tenham relações sexuais desprotegidas. Dentre os entrevistados, 38,54% declararam que tal situação aconteceu.

Em relatório do estudo de Bertoni *et al.* (2011), tem-se que aproximadamente 60% dos entrevistados da pesquisa afirmaram nunca usar preservativos quando estavam sob o efeito de substâncias psicoativas.

Por consequência, observa-se a associação direta entre álcool e outras drogas aos comportamentos sexuais desprotegidos. Do mesmo modo, estudo de Bastos (2009) concluiu que o uso de álcool ou outras drogas muitas vezes leva ao relaxamento em relação à adoção de comportamentos sexuais protetores. Ademais, o uso de substâncias psicoativas, sobretudo o álcool, é um componente que integra um conjunto de práticas que concorre para situações de exposição ao HIV (BRASIL, 2018b; MORAES; MONTENEGRO, 2014; GRANJA *et al.*, 2015).

Corroborando essa premissa, percebe-se uma prevalência desproporcional de HIV entre pessoas que usam drogas, de 5,9% (BASTOS, 2009), quando comparada com a prevalência da população geral (BRASIL, 2017d; BENZAKEN *et al.*, 2018).

Os depoimentos que se seguem, registrados no âmbito da presente pesquisa, retratam “a embriaguez dos sentidos” (JEOLÁS, 2003, p. 105) que restringe comportamentos sexuais mais seguros:

O uso do álcool influencia muito, com efeito do álcool fico mais solta e nem penso na camisinha. (Sexo feminino, 20 anos)

Quando bebo, a última coisa em que penso é proteção, quero somente o prazer. (Sexo masculino, 29 anos)

Portanto, o uso de entorpecentes é um fator exponencial de comportamento sexual de risco em relação à infecção do HIV e outras IST, tendo em vista que o álcool exerce um efeito modulador sobre práticas sexuais, com inegável prejuízo para a adoção de comportamentos seguros (BASTOS, BERTONI; HACKER, 2008).

Em linhas gerais, há baixa ou nenhuma percepção de risco de se infectar pelo HIV na população inquirida. Ressalta-se o fato de que a mais prevalente atitude frente a uma situação de risco de se infectar pelo HIV foi não fazer nada. Diante desse achado, reforça-se a premissa dos sistemas de defesa, que afasta o sentimento do perigo, da imunidade imaginária vinculada ao modo como as pessoas edificam as acepções socioculturais de suas crenças, valores e interações simbólicas e, conseqüentemente, vivenciam as estratégias de gestão de risco na arena das práticas sexuais desprotegidas.

Tem-se, portanto, que a gestão de risco se encontra como categoria sociocultural e compõe o imaginário social, isto é, trata-se de um construto instituído histórica e culturalmente que, por sua vez, resulta em uma percepção inconsistente e reduzida do risco pessoal. Os indivíduos optam por correr riscos, a despeito da informação disponível. Verifica-se, então, que as dimensões do risco decorrem da própria constituição de si, como assevera Foucault (2004).

Diante do exposto, verifica-se estar presente a noção de *habitus* definida por Bourdieu (1983), que orienta a ação dos indivíduos e reproduz, como produto, as relações sociais.

Os participantes da presente pesquisa que referiram ter percepção do alto risco de se infectar apresentaram baixos percentuais de uso de preservativo, tanto na primeira quanto na última relação sexual; de uso de PrEP; de uso de PEP; e de realização de testagem para o HIV.

O motivo mais prevalente entre esses indivíduos para a não realização do teste de HIV é o medo de sofrer estigma e discriminação na hipótese de diagnóstico positivo para o HIV. Como ora mencionado, o estigma e a discriminação, ainda, infelizmente, estão entre os principais obstáculos para a prevenção, tratamento e cuidado frente ao HIV. Na concepção de Moreira *et al.* (2010, p. 3) “o HIV/aids não é compreendido apenas como uma epidemia biológica, mas também como um fenômeno social”. Portanto, lidar com questões complexas de estigma pode ser tão incapacitante quanto a própria doença (CORRIGAN; LUDIN, 2001).

Estudos de Herek, Capitano e Widaman (2002), de Herek *et al.* (1998) e de Khouzam, Donnelly e Ibrahim (1998) revelam que o preconceito associado ao HIV/aids reduz e/ou dificulta a procura pela realização de testagem, devido ao receio

do resultado, posto que o HIV/aids, ainda, na atualidade, está associada a comportamentos social e moralmente questionáveis. Em razão do estigma e da discriminação em relação às PVHIV, há a presença de emoções negativas associadas à soropositividade, podendo configurar casos de isolamento social, depressão e ansiedade.

Os desfechos supracitados corroboram o resultado da presente pesquisa acerca do aspecto emocional frente à soropositividade para o HIV, no qual a maioria dos indivíduos ficariam desesperados diante do diagnóstico positivo.

Estudo de Loyola (1994) apresenta resultados análogos, no qual 35,6% dos sujeitos da pesquisa ficariam desesperados, se isolariam frente ao diagnóstico positivo, e 16,6% nem conseguiriam imaginar estar vivendo com o HIV.

Resultados da PCAP (BRASIL, 2016a) afirmam que o estigma e a discriminação enfraquecem a possibilidade de indivíduos e comunidades se protegerem do HIV e se manterem saudáveis. Por conseguinte, o estigma e a discriminação impactam perversamente na saúde individual e coletiva.

Ademais, a discriminação institucional nos espaços públicos e instituições privadas acarreta hostilidade, segregação, exclusão e/ou autoexclusão daqueles que têm sua condição sorológica revelada, provocando um impacto psicológico profundamente negativo nestes indivíduos.

Levantamento do Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil (GNP+, 2019) revela que o medo de sofrer discriminação e a culpa por estar vivendo ou convivendo com HIV/aids são sentimentos frequentes: um(a) em cada três respondentes declararam ter vergonha de ser soropositivo(a) para o HIV e se sentirem culpados por sua condição de saúde. Um dado bastante preocupante desse levantamento é o de que quase metade dos respondentes (47,9%) declararam ter sido diagnosticados com algum problema de saúde mental nos 12 meses anteriores.

A despeito disso, tem-se que as emoções são cognitivas e impactam a aprendizagem e a tomada de decisão do indivíduo, conforme os pressupostos da teoria psicológica cognitiva das emoções (*Appraisal Theory*).

Merece atenção o fato de que o menor percentual de busca por informação de prevenção ao HIV concentra-se entre os sujeitos que referem ter percepção de alto risco de se infectar.

Diante desse resultado, é possível correlacioná-lo com o esboço conceitual dos estudos de barreiras afetivas no processo de busca de informações de Savolainen (2016; 2015), Swigon (2011), Zukoski, Thorburn e Stround (2011) e Lambert, Loisel e MacDoonald (2009), segundo os quais as barreiras afetivas geralmente evocam emoções negativas e geram bloqueios, delimitações e restrições na busca e recuperação da informação, pois recuperar certas informações poderá desencadear realidades desagradáveis e experiências indesejáveis nos usuários.

Pesquisas de Harviainen e Hamari (2015) demonstram que barreiras afetivas são frequentes no que tange à busca e recuperação acerca do processo saúde-doença. O risco de deparar-se com uma informação não desejada é muitas vezes evitado, simplesmente, não buscando a informação.

Savolainen (2016), ao debruçar-se sobre essa temática, destaca que as emoções e os sentimentos podem restringir o uso da informação, principalmente quando se trata de informação em saúde:

[...] nos contextos de saúde, o risco de encontrar informações indesejadas é mais fortemente sentido, especialmente nos casos em que o indivíduo acredita que fontes de certos tipos forneceriam informações sobre uma doença potencialmente letal. Pode-se especular que, em última análise, tais barreiras são construções internas que são erguidas para a necessidade de autopreservação (SAVOLAINEN, 2016, p. 7).

Estudo de Lambert, Loisel e MacDoonald (2009) sobre comportamento informacional entre indivíduos diagnosticados com câncer apontou que esses pacientes preferem autoprotger-se e salvaguardar-se de informações negativas sobre a doença. Estes relataram que “não saber é melhor” (LAMBERT; LOISELLE; MACDONALD, 2009, p. 30-31).

Desfechos similares foram encontrados na pesquisa empírica de Zukoski, Thorburn e Stround (2011) no que se refere ao HIV/aids. O prenúncio de recuperar informações indesejadas foi narrado como uma barreira à busca de informação. O temor do diagnóstico positivo para o HIV e o despreparo emocional de enfrentar esse diagnóstico foi apontado como um fator contextual à busca por informação.

Outrossim, o comportamento coletivo da população estudada diante da busca por informação de prevenção ao HIV revela que não há a percepção dos sujeitos quanto à existência de uma lacuna informacional diante de um aspecto cotidiano e inerente da vida humana: a sexualidade.

Nesse contexto, destaca-se a abordagem associada à *sense-making theory* de Brenda Dervin (1983), que advoga que o surgimento da necessidade informacional dar-se-á pela existência de lacunas que provocam descontinuidade no conhecimento humano; portanto, o indivíduo é obrigado a parar pela ausência de informação – o vazio cognitivo –, fazendo-se necessário lançar pontes para sanear essa falha. Essa abordagem ressalta que o processo de busca e uso da informação permite que sejam construídas pontes sobre as lacunas ou descontinuidades, com vistas a solucionar problemas, satisfazer demandas informacionais e corroborar o processo de tomada de decisão e/ou aquisição de conhecimento pelo indivíduo.

Ademais, esse achado traz a reflexão do conceito de relevância, no âmbito das práticas informacionais, de acordo com o suporte teórico exposto por Savolainen (2007) de que o usuário agrega valor e significado à informação que necessita, busca e utiliza, de acordo com os padrões outorgados às dimensões histórica e sociocultural, em que a busca por informação se configura como uma prática social, um artefato simbólico, ao qual tanto as necessidades quanto os usos da informação são socialmente associados. Pode-se, então, refletir que o uso do preservativo não é um comportamento que faz parte das tradições culturais do país, conforme outorga o estudo de Tamayo *et al.* (2001).

Reconhecer o processo de que a produção do conhecimento é como uma *práxis* social poderá favorecer a construção de novas abordagens de Comunicação em Saúde.

Diante desse cenário, tem-se um desafio para Comunicação em Saúde preventiva, que deverá considerar: o reduzido interesse dos indivíduos; as barreiras afetivas em buscar informação de prevenção; a prática informacional instituída; e as complexidades informacionais dos usuários para o desenvolvimento do planejamento de comunicação. Faz-se necessário um novo olhar sobre a Comunicação em Saúde que abarque o estudo dos usuários e a prática informacional.

Destarte, a contribuição da CI seria valiosa para a construção de uma Comunicação em Saúde inovadora, ao agregar ao debate o próprio arcabouço teórico

e, em especial, as premissas do paradigma social da área para auxiliar na construção da resposta ao HIV.

Soma-se a isso que, em linhas gerais, as informações disponíveis sobre a prevenção e testagem ao HIV são tidas como insuficientes pela população do DF.

A democratização da comunicação em saúde, por meio da ampliação dos canais, da circulação e dos espaços de fala, é essencial para um maior acesso à informação e apropriação do conhecimento a respeito das formas de transmissão do HIV e das estratégias da Prevenção Combinada do HIV.

Esta pesquisa aponta a necessidade de expandir as políticas públicas de prevenção com estratégias de comunicação eficazes, com linguagem simples, clara e objetiva, e que tragam a desmistificação do tabu ainda relacionado à sexualidade, que acarreta, dentre outras questões, a desinformação.

A promoção em alta escala da saúde preventiva ao HIV poderá dotar os indivíduos de informações e, por sua vez, produzir conhecimentos sobre o HIV/aids, de maneira a capacitá-los a integrar as várias estratégias de prevenção do HIV disponíveis no SUS.

A qualidade da informação disponível e a capacidade dos indivíduos de incorporá-las no seu repertório cotidiano poderá contribuir, também, para as estratégias de prevenção ao HIV, considerando a abordagem comportamental que integra a Prevenção Combinada.

Quanto ao georreferenciamento do nível de conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV, tem-se que as RA com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentaram maior proporção de conhecimento baixo. Trabalhos como os de Grangeiro (1994) e de Brito, Castilho e Szwarcwald (2001) revelam que as maiores taxas de prevalência e incidência do HIV estão vinculadas às condições de vida e aos aspectos econômicos e sociais. Evidências científicas de Parker e Camargo Jr. (2000), Ferreira (2003) e Ayres, França Júnior e Calazans (1997) mostram que desigualdades sociais, econômicas e demográficas conformam distintas probabilidades de infectar-se pelo HIV e são geradoras da vulnerabilidade relacionada ao agravamento. Nesse sentido, as RA com maior IDH apresentaram maior percentual de conhecimento alto e moderado.

Chamam a atenção os dados referentes a Ceilândia, pois essa RA demonstrou heterogeneidade espacial em relação ao grau de conhecimento da população. Isso

pode ser explicado, em parte, por se tratar de uma área que detém a maior população urbana entre as regiões do DF, correspondente a uma população 128% maior que a do Plano Piloto e a uma densidade de 129,94 (hab./ha), com um adensamento urbano progressivo evidenciado em suas taxas médias de crescimento anual. Nessa perspectiva, a área encontra-se em forte expansão, mas ainda com diferenças sociais importantes.

Os achados desta pesquisa revelam que há diferenças sobre o conhecimento, as formas de transmissão e as estratégias de prevenção do HIV/aids na população geral, segundo os subdistritos de residência do DF. Portanto, conhecer a distribuição espacial contribui para indicar as populações com risco aumentado para a doença, compreender os fatores associados à ocorrência dos casos e auxiliar a definição de estratégias, o planejamento de ações e a avaliação de políticas públicas de prevenção dos agravos estudados.

7 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS OBJETIVOS DA PESQUISA

A presente pesquisa cumpriu os objetivos propostos, tanto o objetivo geral como os objetivos específicos. Os detalhes sobre a análise e a consecução dos objetivos podem ser verificados no Capítulo 5 – Resultados.

O objetivo geral da pesquisa foi investigar o conhecimento, atitude e prática no contexto da epidemia do HIV/aids da população geral no Distrito Federal – DF, Brasil. Para o alcance deste, foram traçados objetivos específicos, a saber:

(OE1) Identificar o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes da pesquisa;

(OE2) Mensurar o conhecimento a respeito das formas de transmissão do HIV e das estratégias da Prevenção Combinada do HIV;

(OE3) Mapear o comportamento sexual dos entrevistados;

(OE4) Averiguar o uso do preservativo masculino nas relações sexuais e os fatores associados ao seu não uso;

(OE5) Descrever a percepção de risco de infecção pelo HIV;

(OE6) Identificar os fatores emocionais, cognitivos e humanos que impactam na prática informacional de prevenção à infecção pelo HIV;

(OE7) Realizar o georreferenciamento do nível de conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV.

A seguir, serão destacadas as principais considerações que ratificam o cumprimento destes.

Para atingir o objetivo específico 1, utilizaram-se as questões do instrumento de coleta de dados final descritas na Tabela 4 – Relação entre os objetivos e o número da questão no instrumento de coleta de dados.

Tem-se, portanto, que a população do estudo foi composta na sua maioria por mulheres (61,19%), sendo a faixa etária com maior prevalência a de mais de 35 anos (34,76%). A maioria da amostra era composta de indivíduos que se autodeclararam pardos (49,15%), seguidos de brancos (34,06 %) e pretos (13,87 %). Em relação ao grau de escolaridade, 76,43% dos participantes referiram ter ensino superior

(incompleto ou completo), 61,43 % vivem com companheiro, 99,52% tem acesso à internet e 77,14% trabalhavam na época da pesquisa.

Para alcançar o objetivo específico 2, também se fez uso das questões do instrumento de coleta de dados final descritas na Tabela 4 – Relação entre os objetivos e o número da questão no instrumento de coleta de dados.

Os resultados indicam maior proporção de conhecimento moderado e alto acerca das formas de transmissão do HIV, com destaque para o conhecimento de que o uso do preservativo é a melhor maneira de evitar a transmissão; de que uma pessoa pode se infectar pelo vírus compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas; e acerca dos locais de realização da testagem para o HIV.

Os percentuais mais baixos sobre o conhecimento referem-se ao uso de géis microbicidas capazes de prevenir a infecção pelo HIV quando utilizados durante a relação sexual e à circuncisão/cirurgia de fimose como forma de prevenção. Há, portanto, desconhecimento pela população estudada acerca dessas medidas preventivas complementares.

Em relação às estratégias de Prevenção Combinada, observa-se haver conhecimento baixo a respeito das intervenções biomédicas baseadas no uso de antirretrovirais, em especial, sobre as Profilaxias Pré e Pós-Exposição e o uso da TARV pelas PVHIV como ação preventiva para a diminuição da carga viral comunitária. Avaliadas as características sociodemográficas e as categorias de conhecimento, tem-se que o sexo, a faixa etária, o grau de escolaridade, a raça/cor e o acesso à internet possuem associação estatisticamente significativa.

Com vistas a realizar o proposto no objetivo específico 3, empregaram-se, da mesma forma, as questões do instrumento de coleta de dados final descritas na Tabela 4 – Relação entre os objetivos e o número da questão no instrumento de coleta de dados.

No tocante ao comportamento sexual, tem-se que 85,17% dos sujeitos da pesquisa consideram-se heterossexuais; 8,37%, bissexuais; e 6,46%, homossexuais. Ademais, a identidade autorreferida dos participantes como bissexuais e homossexuais é maior entre os mais jovens.

No quesito testagem para o HIV, observa-se baixa proporção de indivíduos que se testaram. Ao estabelecer um recorte por orientação sexual, verificam-se menores percentuais de testagem entre gays e outros HSH e entre os bissexuais.

As características sociodemográficas e de comportamento sexual são semelhantes entre homens e mulheres, com exceção do uso de PEP, na qual observa-se um percentual maior de homens que já usaram medicamentos antirretrovirais para evitar o HIV após uma exposição de risco, comparados às mulheres. Também é possível observar que maior proporção de homens referiram ter mais de dez parceiros na vida (60,47%) do que as mulheres (26,83%).

Também para o cumprimento do objetivo específico 4 fez-se uso das questões do instrumento de coleta de dados final descritas na Tabela 4 – Relação entre os objetivos e o número da questão no instrumento de coleta de dados.

Em linhas gerais, detecta-se baixa frequência do uso regular do preservativo masculino na população do DF. Chama a atenção o fato de que o menor percentual do uso encontra-se entre os sujeitos da pesquisa que autodeclararam sua identidade como homossexuais e bissexuais.

Entre os principais motivos do não uso de preservativo na última relação, a confiança no(a) parceiro(a) foi o mais prevalente (86,05%), seguido de não se sentir em risco (63,24%), ter a sensibilidade reduzida (62,67%), não ter camisinha no momento (57,35%) e diminuição do prazer sexual (50,00%).

Para a consecução do objetivo específico 5, novamente utilizaram-se as questões do instrumento de coleta de dados final descritas na Tabela 4 – Relação entre os objetivos e o número da questão no instrumento de coleta de dados.

Quanto à percepção do risco de infecção pelo HIV, de modo amplo, há baixa ou nenhuma percepção de risco de se infectar na população inquirida. Destaca-se que a mais prevalente atitude frente a uma situação de risco de infecção foi não fazer nada. Os indivíduos optam por correr riscos, a despeito da informação disponível. Diante do exposto, verifica-se haver na população estudada a prática da gestão de risco, na arena das práticas sexuais desprotegidas.

Os indivíduos que referiam ter percepção de alto risco de se infectar apresentaram baixos percentuais de uso de preservativo, tanto na primeira quanto na

última relação sexual; de uso de PrEP; de uso de PEP; e de realização de testagem para o HIV.

Com a finalidade de alcançar o objetivo específico 6, mais uma vez utilizaram-se as questões do instrumento de coleta de dados final descritas na Tabela 4 – Relação entre os objetivos e o número da questão no instrumento de coleta de dados.

A presente pesquisa revelou haver fatores emocionais, cognitivos e humanos que impactam na prática informacional de prevenção à infecção pelo HIV, dentre os quais se destacam:

1. A resignificação social do impacto do HIV/aids, pois, apesar de os indivíduos se depararem com uma doença sem cura, o agravo passou a ser menos assustador; o diagnóstico do HIV não é mais sinônimo de morte iminente, o que, por sua vez minimiza o temor da doença. Há, portanto, uma ideia de naturalização da infecção pelo HIV/aids, o que provoca um sentimento de invencibilidade.
2. A pouca preocupação em relação à infecção pelo HIV/aids, por considerá-la uma doença crônica que tem tratamento, somada ao acesso universal gratuito à terapia antirretroviral – TARV, à ampliação do diagnóstico do HIV, ao aumento da sobrevivência de pacientes diagnosticados com aids e ao fortalecimento dos direitos humanos das PVHIV.
3. A existência da construção histórico-sociocultural na qual o HIV/aids é percebido como uma doença do outro e não de todos, o que desencadeia mecanismos de negação, afastamento e deslocamentos do risco percebido em relação ao HIV.
4. A percepção subjetiva, presente no consciente coletivo, de que a confiança na parceria sexual exime as pessoas do risco de adquirir o HIV. É de se ressaltar a falta de percepção dos indivíduos de verem em si mesmos a condição de sujeitos vulneráveis à exposição ao HIV, pelo fato de confiarem em sua parceria. O amor, a fidelidade, o respeito e a cumplicidade preponderante nas relações consideradas estáveis sobrepuja o discurso racional. Logo, têm-se significações sociais nas relações afetivo-sexuais que levam a subestimar o risco de infecção pelo

HIV/aids e dificultam a compreensão do próprio risco de exposição ao vírus.

5. A associação direta entre álcool e outras drogas e comportamentos sexuais desprotegidos. O uso de entorpecentes é um fator exponencial de comportamento sexual de risco em relação à infecção pelo HIV, tendo em vista que o uso de substâncias psicoativas, sobretudo o álcool, exerce um efeito modulador sobre as práticas sexuais, com inegável prejuízo para a adoção de comportamentos seguros.
6. O estigma e a discriminação constituem obstáculos para a prevenção, tratamento e cuidado frente ao HIV. O preconceito associado ao HIV/aids reduz e/ou dificulta a procura pela realização de testagem, devido ao receio do resultado, posto que o HIV/aids, ainda na atualidade, está associado a comportamentos moralmente questionáveis. Em razão do estigma e da discriminação às PVHIV, há a presença de emoções negativas associadas à soropositividade, podendo configurar casos de isolamento social, depressão e ansiedade. O aspecto emocional frente à possibilidade de se descobrir com HIV evoca emoções negativas nos indivíduos, fazendo-os sentirem-se desesperados diante do diagnóstico positivo.
7. As barreiras afetivas que restringem a busca e o uso da informação acerca do processo saúde/doença no que tange ao HIV/aids. O temor de se deparar com uma informação não desejada é muitas vezes evitado, simplesmente, não buscando a informação. Barreiras afetivas geralmente evocam emoções negativas, geram bloqueios, delimitações e restrições na busca e recuperação da informação, pois recuperar certas informações poderá desencadear realidades desagradáveis e experiências indesejáveis nos usuários. O prenúncio de obter informações incômodas foi narrado como uma barreira à busca de informação. O temor do resultado positivo para o HIV e o despreparo emocional de enfrentar esse diagnóstico foi apontado como um fator contextual à busca por informação.
8. O acesso à internet provoca uma diferença significativa de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias de Prevenção Combinada. A internet releva-se a fonte mais prevalente na qual os

sujeitos da pesquisa buscaram informações. Ter acesso ou não à internet provoca uma diferença significativa de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV e as estratégias de prevenção.

9. Os indivíduos que buscam informações sobre o HIV possuem maior conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus e as estratégias de Prevenção Combinada. Quando relacionadas as variáveis sobre a busca por informação de prevenção e uso do preservativo, tem-se que, do total de indivíduos que relataram não buscar por informação de prevenção, cerca de 20% relataram nunca usar o preservativo.

Finalmente, a fim de cumprir o objetivo específico 7, foram igualmente utilizadas as questões do instrumento de coleta de dados final descritas na Tabela 4 – Relação entre os objetivos e o número da questão no instrumento de coleta de dados. Fez-se uso, também, da base cartográfica dos subdistritos de residência do DF em projeção do Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas (SIRGAS), 2000. Para apresentação dos mapas temáticos, empregou-se o *software* QGIS.

A partir da realização do georreferenciamento do nível de conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV, verificou-se que há diferenças sobre o conhecimento estudado na população do DF, segundo os subdistritos de residência do DF. As RA com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentaram maior proporção de conhecimento baixo, em contraposição às RA com maior IDH, que apresentaram maior percentual de conhecimento alto e moderado.

Ressalta-se que as questões do instrumento de coleta de dados final foram apresentadas com vistas a atingir os objetivos específicos da pesquisa e, por conseguinte, verificar os domínios de conhecimento, atitude e prática no contexto da epidemia do HIV/aids. Para mensurar o conhecimento, fez-se uso das variáveis de interesse contidas nos objetivos 2 e 7; para investigar a atitude, as variáveis empregadas nos objetivos 5 e 6; e em se tratando da identificação da prática, consideraram-se as variáveis descritas nos objetivos 3 e 4. As variáveis referentes ao objetivo 1 foram utilizadas nas associações com o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes da pesquisa.

Diante do exposto, conclui-se que o objetivo geral foi alcançado.

8 CONCLUSÃO

Diante das evidências científicas expostas, conclui-se que o nível de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV/aids e as estratégias de Prevenção Combinada são elementos imprescindíveis para um controle efetivo da epidemia e impactam sobremaneira as taxas de detecção e de prevalência do HIV.

A presente pesquisa revelou haver fatores emocionais, cognitivos e humanos que influenciam na prática informacional de prevenção à infecção pelo HIV e na decisão do uso de informação de saúde preventiva.

A par disso, torna-se evidente a necessidade de reflexionar as dimensões sociais do conhecimento em saúde preventiva e o vínculo entre a informação e a conjuntura sociocultural do usuário da informação de prevenção a esse agravo.

Apesar dos esforços do governo brasileiro em investir em campanhas publicitárias, ressalta-se a premência de intensificar a disseminação, a socialização e o acesso à informação em saúde preventiva, a fim de que contemplan a totalidade das tecnologias constituintes da Prevenção Combinada do HIV/aids, com base na perspectiva centrada no usuário e das teorias cognitivas.

Essa medida poderá incentivar a construção e a melhoria do nível de conhecimento, a literacia em saúde, a autopercepção de risco e, por conseguinte, a adoção de mudanças de comportamento individuais e coletivos.

Sugere-se, ainda, a expansão de estratégias de comunicação de saúde, por meio de canais inovadores e de novas tecnologias de comunicação, tais como aplicativos de encontros, *hotsites*, *Facebook* e *Instagram*, para impulsionar a promoção da educação e saúde sexual. O uso de múltiplas linguagens e diversas expressões das redes sociais e dos aplicativos poderia encorajar um aumento do debate acerca da temática, da educação por pares e da obtenção de informações de prevenção à infecção pelo HIV, além de possibilitar a inclusão dos excluídos informacionais.

É mister disponibilizar informações que alcancem integralmente a população brasileira. Portanto, também se propõe ampliar a circulação da informação de prevenção pela mídia televisiva, posto que esse canal de comunicação foi citado, pela população estudada, como um dos preferenciais para receber informação de

prevenção, para além dos períodos das grandes festas nacionais, como o carnaval e festas juninas. É primordial assegurar a realização de campanhas de massa regulares, em linguagem clara, franca, direta, precisa e adequada, priorizando as especificidades de cada público-alvo.

Seria apropriado que as novas campanhas abordassem, com delicadeza, a questão de que, apesar de o HIV/aids ser uma doença crônica que possui tratamento, há múltiplos efeitos adversos associados aos ARV que afetam a qualidade de vida das PVHIV e representam uma severa condição de saúde. Diante da sensibilidade inerente a essa temática, as campanhas deverão ter um olhar cuidadoso em lidar com esse aspecto, sem reforçar ainda mais estereótipos, discriminação e estigma.

Recomenda-se impulsionar a competência informacional junto aos trabalhadores e profissionais de saúde na arena das práticas da prevenção, por meio da realização de capacitações que promovam maior qualificação acerca das intervenções biomédicas baseadas no uso de antirretrovirais (ARV) como medidas de prevenção, em especial a PEP, a PrEP e o TTP.

Soma-se a isso, ainda, a necessidade de instigar ações educativas transformadoras em saúde para esse segmento de profissionais que fortaleçam as abordagens positivas de direitos humanos e individuais, dentro de uma visão de valorização da saúde, e que os sensibilizem para a urgência da eliminação das barreiras de acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento, em razão do estigma e da discriminação institucional.

Em se tratando da população negra, deverá ser aperfeiçoado o processo formativo para qualificar esses trabalhadores(as) no sentido de dirimir o racismo sociorracial no campo da saúde. No que tange ao público feminino, é mister fortalecer junto às equipes de saúde a conscientização acerca do atendimento humanizado às mulheres, proporcionando uma atenção individualizada e reconhecendo-a como um ser autêntico, histórico, dotado de singularidades e valores. Tal medida é crucial para a redução da vulnerabilidade feminina face aos padrões hegemônicos da sociedade heteronormativa.

Tendo em vista os achados desta pesquisa e os dados epidemiológicos referentes à população jovem, urge a realização de ações de educação em saúde sexual e saúde reprodutiva mais efetivas nas escolas, para que essa população tenha conhecimento da totalidade das tecnologias de prevenção disponíveis no SUS. Tal

iniciativa privilegiaria um aumento no potencial do letramento informacional desse segmento.

O fato de a sexualidade, entre os jovens, ser tratada, em diversos casos, como tabu, tem impactado no crescimento do HIV/aids entre essa população. Portanto, faz-se imprescindível reconhecer a existência da prática sexual entre os indivíduos jovens e em idade escolar. Nessa perspectiva, a escola é um espaço fundamental para oportunizar que os jovens aprendam a apreender e construir conhecimento a respeito das formas de transmissão do HIV e das estratégias da Prevenção Combinada, a fim de que possam fazer escolhas saudáveis, de acordo com seus projetos de vida. Esse grupo merece atenção especial para intervenções informacionais de prevenção ao HIV/aids no país.

Expandir a oferta e o acesso a insumos estratégicos de prevenção extramuros, em especial de preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante, testes rápidos e diagnóstico do HIV, sempre acompanhados de orientação e aconselhamento sobre as ações de Prevenção Combinada, em estações de metrô, terminais de ônibus, pontos culturais e casas de entretenimento adulto, banheiros públicos e instituições de ensino constitui uma estratégia que poderá potencializar a aproximação entre as tecnologias de prevenção e a população, na vida cotidiana.

Este estudo demonstra baixo uso regular do preservativo nas relações sexuais, apesar do conhecimento alto da eficácia desse insumo de prevenção na redução da exposição ao HIV. Observa-se haver um hiato entre a posse do conhecimento e a prática informacional do usuário, entre o saber e o fazer.

Torna-se patente que o uso do preservativo concentra-se na esfera privada, na micropolítica do cotidiano das atitudes e práticas sexuais, e muitas vezes entra em contradição com as interpelações normativas de prevenção ao HIV.

A fadiga do preservativo aponta a premência de difusão e da expansão da oferta das demais tecnologias de prevenção que compõem a Prevenção Combinada para reduzir os níveis epidêmicos do HIV. Todavia, com o objetivo de estimular o seu uso e a adesão a esse insumo, é preciso construir caminhos informativos inovadores de autocuidado, que considerem as práticas sociais como práticas informacionais. Para tanto, faz-se inevitável modernizar a concepção do uso do preservativo, a fim de permitir aos indivíduos incorporar o uso desse insumo de forma natural e prazerosa

em seus repertórios sexuais, posto que as relações sexuais abarcam aspectos subjetivos e culturais dos indivíduos.

Observou-se atitude positiva dos investigados quanto à aceitabilidade do uso da PrEP; da realização da autotestagem domiciliar; e do teste de saliva para o diagnóstico do HIV. Destarte, seria recomendável investir esforços para aumentar a oferta de PrEP aos segmentos-alvo dessa estratégia; divulgar a existência do autoteste domiciliar, que pode ser comprado em farmácias do país desde 2017; e expandir a disseminação dos locais de realização de testagem rápida.

Há baixa percepção de risco de se infectar pelo HIV. Dentre os fatores que a justificam, chamam a atenção a lacuna informacional e/ou o vazio cognitivo do usuário expressos na teoria de Belkin (1980) e o campo das representações sociais de Bourdieu (1980), no qual o HIV/aids representa uma doença do outro, o que desencadeia mecanismos de negação, afastamento e deslocamento do risco percebido em relação ao HIV.

Para tanto, quanto à lacuna informacional e/ou o vazio cognitivo do usuário, faz-se imprescindível lançar pontes para impulsionar o letramento informacional em saúde, objetivando expandir o processo de aprendizagem no sentido de desenvolver competências e habilidades para buscar e usar informações. A construção do conhecimento sobre HIV/aids envolve também a percepção individual sobre o problema, isto é, a compreensão e capacidade de assimilação dessas informações.

Em se tratando das significações sociais simbólicas, é pertinente, quando da promoção da educação e comunicação em saúde, considerar a informação como fenômeno sociocultural, a prática informacional, o pensamento reflexivo proposto por Dewey (1979), a reciprocidade de perspectivas de Schutz (1979) existentes no consciente coletivo, o contexto histórico-social e códigos de valores sociais para fomentar novas concepções diante da sexualidade em tempos de HIV/aids. Todo o esforço feito em direção ao usuário trará benefícios à saúde.

As barreiras afetivas evocam emoções negativas, geram bloqueios, delimitações e restrições sobre o comportamento informacional de busca e recuperação da informação acerca do processo saúde-doença. Nesse sentido, é mister desenvolver um desenho informacional fundamentado nas premissas do

Design Emocional (NORMAN, 2004) e no arcabouço teórico das dimensões emocionais propostas por Kuhlthau (1991).

Adicionalmente, considerando haver diferenças em relação ao nível de conhecimento no DF – diferenças estas influenciadas por determinantes sociais –, sugere-se que intervenções de prevenção sejam direcionadas para acelerar a resposta ao HIV nas RA com menor nível de conhecimento.

Ademais, é fundamental estabelecer uma vigilância de informação em saúde acerca do HIV/aids, objetivando orientar o planejamento em saúde e fortalecer o processo de tomada de decisões governamentais fundamentadas em evidências científicas.

Apesar da robustez dos resultados apresentados, algumas limitações devem ser mencionadas. Inicialmente, apesar de se tratar de uma amostra representativa do DF, o número amostral é pequeno, o que pode apresentar limitado poder estatístico para detectar demais associações de interesse. Em segundo lugar, embora o instrumento de coleta de dados possa ter proporcionado um parâmetro eficaz para mensurar o nível de conhecimento, este não se apropriou de elementos que definem a sexualidade humana e suas vulnerabilidades.

Recomenda-se a realização de investigações futuras que poderão colaborar com a temática estudada, no âmbito da perspectiva interdisciplinar entre a CI e as Ciências da Saúde; são elas: (i) conhecer a realidade informacional dos indivíduos acerca da Prevenção Combinada na população brasileira; (ii) analisar os aspectos sociocomportamentais de risco de exposição ao HIV, na população geral e na população sob maior vulnerabilidade ao HIV/aids; (iii) diagnosticar novas estratégias de comunicação para a prevenção do HIV/aids; (iv) realizar estudo etnográfico acerca dos aspectos relacionados à Antropologia da Informação de prevenção ao HIV/aids; (v) verificar o processo de comunicação e a organização do conhecimento em saúde; (vi) abordar a mediação da informação entre médico-paciente acerca do agravo em questão; e (vii) fomentar estudos ecológicos sobre a dinâmica informacional do HIV/aids.

Os achados desta pesquisa evidenciam que o arcabouço teórico da Ciência da Informação poderá corroborar a busca da compreensão do fenômeno informacional acerca do HIV/aids, pois observa-se que considerar somente a perspectiva das

Ciências da Saúde em torno do processo saúde-doença não tem se mostrado suficiente no controle da epidemia, tendo em vista que problemas complexos requerem enfoques interdisciplinares e soluções multidisciplinares, como assevera Saracevic (1996).

Ante o exposto, denota-se relevante ampliar a disponibilização de informações de saúde com valor agregado que atendam às necessidades do usuário e satisfaçam as suas expectativas informacionais, partindo-se da perspectiva centrada no usuário e nos seus aspectos socioculturais e enfatizando que o conhecimento é um dos elementos capazes promover uma mudança no comportamento sexual e na atitude informacional.

As evidências científicas apresentadas poderão representar uma sólida contribuição para o aprimoramento da Gestão do Conhecimento em Saúde Pública e subsidiar a formulação e implementação de novas políticas públicas de prevenção e controle do HIV/aids que considerem o protagonismo sócioinformacional para acelerar o controle da epidemia e disponibilizar o elenco de dispositivos preventivos ancorados na Prevenção Combinada, no âmbito do SUS.

Referências

- ABDOOL KARIM, Q.; ABDOOL KARIM, S. S.; FROHLICH, J. A. *et al.* Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*, [S.l.], v. 329, n. 5996, p. 1168-74, 3 set. 2010.
- ABRAMO, L. *Perspectiva de gênero e raça nas políticas públicas*. Mercado de trabalho. Brasília: Ipea, 2004.
- ADAM, B. D.; HUSBANDS, W.; MURRAY, J.; MAXWELL, J. AIDS optimism, condom fatigue, or self-esteem? Explaining unsafe sex among gay and bisexual men. *The Journal of Sex Research*, [S.l.], v. 42, n. 3, p. 238-248, 2005.
- AGOSTO, D. E.; HUGHES-HASSELL, S. People, places, and questions: An investigation of the everyday life information-seeking behaviors of urban young adults. *Library and Information Science Research*, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 141-163, 2005.
- AGRESTI, A.; FINLAY, B. *Métodos estatísticos para as Ciências Sociais: métodos de pesquisa*. 4. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.
- ALENTEJO, E. S. Qualidade da informação em saúde mediada pelas bibliotecas universitárias no Brasil e na Alemanha. *Revista Ibero-Americana de Ciência da Informação*, Brasília, v. 9, n. 2, 2016.
- ALMEIDA, D. P. R.; ANTONIO, D. M.; BOCCATO, V. R.; GONÇALVES, M. C.; RAMALHO, R. A. Paradigmas Contemporâneos da Ciência da Informação: a recuperação da informação como ponto focal. *Revista Eletrônica Informação e Cognição*, [S.l.], v. 6, n.1, p. 16-27, 2007.
- ALMONTE, M.; ALBERO, G.; MOLANO, M.; CARCAMO, C.; GARCÍA, P. J.; PÉREZ, G. Risk factors for human papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. *Vaccine*, [S.l.], v. 26, Suppl 11, p. L16-36, 2008.
- ALTMAN, D.; AGGLETON, P.; WILLIAMS, M. *et al.* Men who have sex with men: stigma and discrimination. *Lancet*, [S.l.], v. 380, n. 9839, p. 439-45, 28 jul. 2012.

ÁLVARES, L.; ARAÚJO JR., R. H. Marcos históricos da ciência da informação: breve cronologia dos pioneiros, das obras clássicas e dos eventos fundamentais.

TransInformação, Campinas, v. 22, n. 3, p. 195-205, set./dez., 2010.

ALVES, A. S.; LOPES, M. H. B. M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.l.], v. 61, n. 1, p.11-17, 2008.

ANDRADE, M. M. *Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação*. São Paulo: Atlas, 2005.

APPOLINÁRIO, F. *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas, 2004.

ARAÚJO, C. A. A. A ciência da informação como ciência social. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 32, n. 3, p. 21-27, set./dez. 2003.

ARAÚJO, C. A. A. Estudos de usuários conforme o paradigma social da Ciência da informação: Desafios teóricos e práticos de pesquisa. *Informação e Informação*, Londrina, v. 15, n. 2, p. 23-39, jul./dez. 2010.

ARAÚJO, C. A. A. Estudos de usuários da informação: comparação entre estudos de uso, de comportamento e de práticas a partir de uma pesquisa empírica. *Informação em Pauta*, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 61-78, jan./jun. 2016.

ARAÚJO, C. A. A. Estudos de usuários: pluralidade teórica, diversidade de objetos. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO (ENANCIB), 9., 2008, São Paulo. *Anais...* São Paulo: ENANCIB, 2008. p. 1-14.

ARAÚJO, C. A. A. Imaginação e sociabilidade: novos conceitos para o estudo de usuários da informação. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO (ENANCIB), 16., 2015, João Pessoa. *Anais...* João Pessoa: ENANCIB, 2015.

ARAÚJO, C. A. A. O que são “práticas informacionais”? *Informação em Pauta*, Fortaleza, v. 2, número especial, out. 2017.

ARAÚJO, C. A. A. O sujeito informacional no cruzamento da Ciência da Informação com as Ciências Sociais. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO (ENANCIB), 14., 2013, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: ENANCIB, 2013.

ARAÚJO, C. A. A. Teorias e tendências contemporâneas da ciência da informação. *Informação em Pauta*, Fortaleza, v. 2, n. 2, p. 9-34, jul./dez. 2017.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. *Comunicação em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. Coleção Temas em Saúde.

ASIAMAH, N.; MENSAH, H. K.; OTENG-ABAYIE, E. General, Target, and Accessible Population: Demystifying the Concepts for Effective Sampling. *The Qualitative Report*, [S.l.], v. 22, n. 6, 1607-1621, 2017.

AYRES, J. C. R. M. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 49-72.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J. AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. In: SEMINÁRIO SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS, 2., 2007, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABIA, 1997. p. 20-37.

AZEVEDO, M. A. de. Informação e interpretação: uma leitura teórico-metodológica. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p.122-133, jul./dez. 2004.

BABBIE, E. *Métodos de Pesquisas de Survey*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001, 519 p.

BACON, F. *Novum Organum; Nova Atlântida*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

BAETEN, J. M. *et al.* Integrated Delivery of Antiretroviral Treatment and Preexposure Prophylaxis to HIV-1 – Serodiscordant Couples: a Prospective Implementation Study in Kenya and Uganda. *PLOS Medicine*, [S.l.], v. 13, n. 8, p. e1002099, ago. 2016.

BAILEY, R. C.; MOSES, S.; PARKER, C. B.; AGOT, K.; MACLEAN, I.; KRIEGER, J. N.; *et al.* Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, [S.l.], v. 369, p. 643-56, 2007.

BAJOS, N. *et al.* (Org.). *La sexualité aux temps du SIDA*. Paris: Presses Universitaires de France, 1998.

BAPTISTA, S. G.; CUNHA, M. B. Estudo de usuários: visão global dos métodos de coleta de dados. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 168-184, maio/ago. 2007.

BARBOSA JR., A. *et al.* Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de Aids no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, supl. p. 94-100, abr. 2006.

BARBOSA JR., A.; PASCOS, A. R.; SZWARCOWALD, C. L. *et al.* Transfer of sampling methods for studies on most-at-risk populations (MARPs) in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], n. 27, supl. 1, p. S36-S44, 2011.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, A. de A. A condição da informação. *São Paulo em Perspectiva*, [S.l.], n. 16, v. 3, p. 67-74, 2002a.

BARRETO, A. de A. *Leia e Pense!* Entrevista cedida a Leonardo Melo [Internet]. 2002b. Disponível em: <https://aldobarreto.wordpress.com/2012/01/08/leia-e-pense/>. Acesso em: 19 jun. 2018.

BARRETO, A. de A. Uma história da Ciência da Informação. In: TOUTAIN, L. M. B. B. (Org.). *Para entender a Ciência da Informação*. Salvador: EDUFBA, 2007. p. 13-34.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. *Fundamentos de Metodologia: Um Guia para a Iniciação Científica*. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BASTOS, L. M. *et al.* Avaliação do nível de conhecimento em relação à Aids e sífilis por idosos do interior cearense, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 23, n. 8, p. 2495-2502, 2008.

BASTOS, F. I. *Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2009.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. S65-S76, 2000.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKER, M. A.; Grupo de Estudos em População, Sexualidade e aids. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil, 2005. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 42, Supl. 1, p. 109-17, 2008.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. One of the most used epidemiological designs: cross-sectional study. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007.

BATES, M. J. The making of a super searcher. *Searcher*, [S.l.], v. 7, n. 10, p. 33-35, 1999.

BATESON, G. *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books, 1972.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002. 448 p.

BECK, U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. (Org.). *Modernização reflexiva*. São Paulo: Editora Unesp, 1997. p. 11-71.

BECK, U. *Sociedade de risco: rumo a outra modernidade*. Trad. Sebastião Nascimento. São Paulo: Ed. 34, 2010.

BELKIN, N. J. Anomalous states of knowledge as a basis for information retrieval. *Canadian Journal of information Science*, Toronto, v. 5, p. 133-143, 1980.

BELKIN, N. J.; ODDY, R. N.; BROOKES, H. M. ASK for information retrieval: part I. Background and theory. *The Journal of Documentation*, [S.l.], v. 38, n. 2, p. 61-71, jun. 1982.

BELKIN, N. J.; ROBERTSON, S. E. Information Science and the phenomena of information. *Journal of the American Society for Information Science*, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 197-204, jul./ago. 1976.

BENZAKEN, A. S.; OLIVEIRA, M. C. P.; PEREIRA, G. F. M.; GIOZZA, S. P.; SOUZA, F. M. A.; CUNHA, A. R. C.; GIRADE, R. Presenting national HIV/AIDS and sexually transmitted disease research in Brazil. *Medicine*, [S.l.], v. 97, n. 1S, p. S1-S2, 2018.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

BERTI, I. C. L. W.; ARAÚJO, C. A. A. Estudos de Usuários e práticas informacionais: do que estamos falando? *Inf. Inf.*, Londrina, v. 22, n. 2, p. 389-401, 2017.

BERTONI, N.; SINGER, M.; SILVA, C. M.; CLAIR, S.; MALTA, M.; BASTOS, F. I. Knowledge of AIDS and HIV transmission among drug users in Rio de Janeiro, Brazil. *Harm Reduct. J.*, [S.l.], v. 8, p. 5, 2011.

BETTIOL, E. M. Necessidades de informação na área de biotecnologia agropecuária no Brasil. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 19, n. 1, p. 3-11, jan./jun. 1990.

BEYRER, C.; BARAL, S. D.; VAN GRIENSVEN, F. *et al.* Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, [S.l.], v. 380, n. 9839, p. 367-77, 28 jul. 2012.

BIROLI, Flávia. *Gênero e desigualdades: Limites da democracia no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2016.

- BIROLI, F.; MIGUEL, L. F. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, [S.l.], v. 20, n. 2, 2015.
- BLUMER, H. *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Hora, 1982. Trabalho publicado em 1969.
- BORKO, H. Information Science: What is it? *American Documentation*, [S.l.], v. 19. n. 1, p. 3-5, jan. 1968.
- BOURDIEU, P. *A miséria do mundo*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- BOURDIEU, P. *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Précédé de trois études d'ethnologie kabyle. Paris: Seuil, 1972.
- BOURDIEU, P. *Le sens pratique*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1980.
- BOURDIEU, P. *O desencantamento do mundo*. São Paulo: Perspectiva, 1979.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- BOURDIEU, P. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
- BRAGA, J. A. de O. Aspectos relevantes para a seleção de metodologia adequada à pesquisa social em Ciência da Informação. In: MUELLER, S. P. M. (Org.). *Métodos para a pesquisa em Ciência da Informação*. Brasília: Thesaurus, 2007. p. 17-38.
- BRAMAN, S. Defining information: an approach for policymakers. *Telecommunications Policy*, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 233-242, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2019*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2018*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Programa de Cooperação técnica Brasil-França: Seminário Anual 2001. Novos desafios da Prevenção da Epidemia pelo HIV/Aids junto aos homens que fazem sexo com homens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. *Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. *Relatório de Monitoramento Clínico do HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. *Relatório de Monitoramento Clínico do HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. *Relatório de Monitoramento Clínico do HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV Aids 2016*. Ano IV, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV Aids 2013*. Ano IV, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. *Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do

HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV Aids 2017*. Ano V, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Relatório de monitoramento clínico do HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Manual técnico de elaboração da cascata de cuidado contínuo do HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. *Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Agenda estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chaves em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Pesquisa entre Conscritos do Exército Brasileiro 1996-2002: Retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVEMAN, P.; GOTTLIEB, L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.*, [S.l.], v. 129, Suppl. 2, p. 19-31, jan./fev. 2014.

BRIER, S. A philosophy of science perspective: on the idea of a unifying Information Science. In: VAKKARI, P.; CRONIN, B. (Ed.). *Conceptions of Library and Information Science: historical, empirical and theoretical perspectives*. London, Los Angeles: Taylor Graham, 1992. p. 97-108.

BRITO, A. M. de; CASTILHO, E. A. de; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, abr. 2001.

BROOKES, B. The foundations of information science. Part I. Philosophical aspects. *Journal of information science*, London, v. 2, p. 125-133, 1980.

BROTMAN, S.; JALBERT, Y.; ROWE, B.; RYAN, B. The Impact of Coming out on Health and Health Care Access: The Experiences of Gay, Lesbian, Bisexual and Two-Spirit People. *Journal of Health & Social Policy*, [S.l.], v. 15, p. 1-29, 2002.

BRYMAN, A. *Research Methods and Organization Studies*. London: Routledge, 1989. 283 p.

BUCKLAND, M. K. Information as thing. *Journal of the American Society for Information Science*, [S.l.], v. 42, p. 351-360, 1991.

BUSH, V. As we may think. *Atlantic Monthly*, [S.l.], v. 176. n. 1, p. 101-108, 1945.

CALAZANS, G.; ARAÚJO, T. W.; VENTURI, G.; FRANCA JUNIOR, I. Factors associated with condom use among youth aged 15-24 years in Brazil in 2003. *AIDS*, [S.l.], v. 19, Suppl. 4, p. S42-5, 2005.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas as organizações. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 179-191, jul./dez. 2013.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, out. 2004.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R., Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, [S.l.], v. 17, n. 2, 2009.

CAPURRO, R. Epistemología y Ciencia de la Información. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO (ENANCIB), 5., 2003, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: ECI/UFMG, 2003.

CAPURRO, R. Epistemología y ciencia de la información. *Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 11-29, jan./abr. 2007.

CAPURRO, R.; HJØRLAND, B. O conceito de informação. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 148-207, abr. 2007.

CARDOSO, A. M. P. Pós-modernidade e informação: conceitos complementares. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 63-79, jan./jun. 1996.

CARNEIRO, S. A batalha de Durban. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 2009-2014, 2002.

CARVALHO, A. L. S.; BEZERRA, S. J. S.; LEITÃO, N. M. A.; JOCA, M. T.; PINHEIRO, A. K. B. Porte, condicionamento e utilização de preservativo masculino entre jovens de Fortaleza: Um estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, [S.l.], v. 6, 2007.

CASTIEL, L. D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. *Hist. cienc. saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 237-264, out. 1996.

CASTIEL, L. D.; ALVAREZ-DARDET, C. *A saúde persecutória: Os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CASTORIADIS, C. *As encruzilhadas do labirinto II: os domínios do homem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 466p.

CASTRO, C. *História da biblioteconomia brasileira*. Brasília: Thesaurus, 2000.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf. & Soc.: Est.*, João Pessoa, v. 24, n. 1, p.13-18, jan./abr. 2014.

CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION). Antiretroviral post-exposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other non-occupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR*, [S.l.], v. 54, n. RR-2, 2005.

CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION). Estimated HIV incidence in the United States, 2007-2010. *HIV Surveillance Supplemental Report*, [S.l.], v. 17, n. 4, 2012.

CERVO, A. L. *et al. Metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHARMAZ, K. *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CHOO, C. W. *A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2003. Tradução de Eliana Rocha.

CHOO, C. W. Information culture and organizational effectiveness. *International Journal of Information Management*, [S.l.], v. 33, p. 775-779, 2013.

CLEMENS, R. G.; CUSHING, A. L. *Beyond everyday life: Information seeking behavior in deeply meaningful and profoundly personal contexts*. *Proceedings of the American Society for Information Science and Technology*, [S.l.], v. 47, n. 1, p. 1-10, nov. 2010.

COHEN, M. S.; CHEN, Y. Q.; MCCAULEY, M. *et al.* Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 375, p. 830-839, 2016.

COMTE, A. *Cours de philosophie positive*. Paris: Hermann, 1998. v. 1-2.

CORRIGAN, P.; LUDIN, R. *Don't call me nuts: coping with the stigma of mental illness*. Champaign, Ill: Recovery Press, 2001.

COSTA, Luana Dias da; BARROS, Alana Dantas; PRADO, Elizabeth Alves de Jesus; SOUSA, Maria Fátima de; CAVADINHA, Edu Turte; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Competência cultural e atenção à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais travestis e transexuais (LGBT). *Revista Eletrônica TEMPUS*, Brasília, v. 11, n. 1, 2017.

COSTA, M. C. O.; SANTOS, B. C.; SOUZA, K. E. P.; CRUZ, N. L. A.; SANTANA, M. C.; NASCIMENTO, O. C. HIV/AIDS e Sífilis em Gestantes Adolescentes e Adultos Jovens: Fatores de Exposição e Risco dos Atendimentos de um Programa em DST/HIV/AIDS na Rede Pública de Saúde/SUS, Bahia, Brasil. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, [S.l.], v. 35, n. Supl. 1, p. 179-185, 2011.

COSTA NETO, P. L. O. *Estatística*. São Paulo: Edgard Blücher, 1977. 264 p.

COSTA, A. F.; COSTA, M. F. B. *Metodologia de Pesquisa: Conceitos e Técnicas*. Rio de Janeiro: Interciência, 2001.

COSTA, D.; POESCHL, G. Représentations des hétérosexuelles sur les conséquences, pour les homosexuelles, de révéler ou de taire leur orientation sexuelle. In: CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES (CIRS), 10., Tunis, 5-8 jul. 2010. *Anais...* Tunis: CIRS, 2010.

COULON, A. *Etnometodologia*. Petrópolis: Vozes, 1995.

CREMESP (CONSELHO DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO). *Manual de ética para sítios de medicina e saúde*. São Paulo: Cremesp, 2005.

CRENSHAW, K. Documento para o Encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 171-187, 2002.

CRESWELL, J. W. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. *Designing and conducting mixed methods research*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2011.

CRUZEIRO, A. L. S.; SOUZA, L. D. M. S.; SILVA, R. A. S.; PINHEIRO, R. T.; ROCHA, C. L. A.; HORTA, B. L. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 15, supl. 1, p. 1149-1158, 2010.

CUNHA, E. M. G. de P. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, Fernanda (Org.). *Saúde da população negra*. 2. ed. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 447-455, abr. 2004.

DALBOSCO, C. A. *Pedagogia filosófica: cercanias de um diálogo*. São Paulo: Paulinas, 2007.

- DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v. 2, n. 4, p.1-13, II Sem. 2008.
- DANEL, C.; MOH, R.; GABILLARD, D. *et al.* A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa. *N. Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 373, n. 9, p. 808-822, 2015.
- DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. *Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual*. 11. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- DE LUIZ, G. M. O uso da argumentação científica na opção por estilos de vida arriscados no cenário da aids. *Interface*, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 789-802, dez. 2013.
- DE LUIZ, G. M.; SPINK, M. J. O gerenciamento dos riscos no cenário da aids: estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual. *Athenea Digital*, [Internet], 13 nov. 2013.
- DEB, S.; DUTTA, S.; DASGUPTA, A.; BISWAS, B. Sexual practice and perception of HIV/AIDS amongst men who have sex with men in Kolkata. *Indian J. Community Med.*, [S.l.], v. 34, p. 206-11, 2009.
- DELPHY, C. *L'ennemi principal*. Paris: Sylpese. 2013. Tome 01. L'ennemi principal: économie politique du patriarcat. p. 31-52.
- DERVIN, B. An overview of Sense-Making research: concepts, methods and results, to date. In: INTERNATIONAL COMMUNICATIONS ASSOCIATION ANNUAL MEETING. *Proceedings...* Dallas: ICAAM, maio 1983.
- DESCARTES, R. *Discurso do Método*. Descartes – Vida e Obra. Rio de Janeiro: Nova Cultural, 1996. p. 65-127.
- DEWEY, J. *Como Pensamos como se Relaciona o Pensamento Reflexivo com o Processo Educativo: uma reexposição*. 4. ed. São Paulo: Nacional, 1979. *Atualidades Pedagógicas*, v. 2, 292 p. Tradução de Haydée Camargo Campos.

DIAMOND, M. Homossexualidade e bissexualidade em diferentes populações. *Arch. Sex. Behav.*, [S.l.], v. 22, p. 291-310, 1993.

DOURADO, I.; MACCARTHY, S.; REDDY, M.; CALAZANS, G.; GRUSKIN, S. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 63-88, set. 2015.

DRETSKE, F. I. *Knowledge and the flow of the information*. Oxford: Blackwell Publisher, 1981.

DRUCKER, P. F. O surgimento da nova organização. In: CHAMPY, J.; NOHRIA, N. (Org.). *Avanço rápido: as melhores ideias sobre o gerenciamento de mudança nos negócios*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

DURKHEIM, E. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Martin Claret, 2002.

DURKHEIM, E. O problema religioso e a dualidade da natureza humana. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, n. 2, p.1-28, nov. 1977.

DUVOLD, E. -M. The meaning of the public library in people's everyday life: some preliminary results from a qualitative study. In: JOHANNSEN, C. G.; KAJBERG, L. (Ed.). *New frontiers in public library research*. Maryland: Scarecrow Press, 2005.

ELIAS, F. T. S.; PATROCLO, M. A. de A. Utilização de pesquisas: como construir modelos teóricos para avaliação? *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 215-227, jan./mar. 2004.

ELLIS, D. A. Behavioral approach to information retrieval system design. *Journal of Documentation*, [S.l.], v. 45, n. 3, p. 171-212, 1989.

EYER-SILVA, Walter A. A circuncisão masculina e a transmissão heterossexual do HIV. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 678-686, oct. 2003.

FADEL, B. *et al.* Gestão, mediação e uso da informação. In: VALENTIM, M. (Org.). *Gestão, mediação e uso da informação*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. p. 13-31.

FARRADANE, J. Knowledge, information and information Science. *Journal of Information Science*, [S.l.], v. 2, p. 75-80, 1980.

FERNANDES, L. A.; GOMES, J. M. M. *Relatórios de pesquisa nas Ciências Sociais: características e modalidades de investigação*. ConTexto, Porto Alegre, v. 3, n. 4, 1. sem. 2003.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, [S.l.], v. 9, n. 1, 2010.

FERRAZ, D.; PAIVA, V. Sexo, direitos humanos e aids: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. *Rev Bras Epidemiol.*, [S.l.], v. 18, Suppl. 1, p. 89-103, set. 2015.

FERREIRA, M. P., Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 42, supl. 1, p. 65-71, 2008.

FERREIRA, M. P. *Aids: da violência aos direitos humanos à construção da solidariedade*. 1999. Dissertação (Mestrado)—Fundação Osvaldo Cruz, Programa de Pós-graduação, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

FERREIRA, M. P. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, Supl. 2, p. S213-S222, 2003.

FERREIRA, S. M. S. P. *Estudo de necessidades de informação: dos paradigmas tradicionais à abordagem Sense Making*. Porto Alegre: Associação Brasileira das Escolas de Biblioteconomia e Documentação (ABEBD), 1997.

FERREIRA, S. M. S. P. Novos paradigmas e novos usuários de informação. *Ciência da Informação*, [S.l.], v. 25, n. 2., jan./abr. 1995.

FIGUEIREDO, N. M. A. de (Org.). *Método e Metodologia na Pesquisa Científica*. [S.l.]: Difusão Editora, 2004. 247 p.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. *Estudo de uso e usuários de informação*. Brasília: IBICT, 1994.

FLICK, U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONNER, V. A. *et al.* Effectiveness and safety of oral HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) for all populations: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*, [S.l.], v. 30, n. 12, p. 1973-1983, jul. 2016.

FONSECA, M. O. *Arquivologia e ciência da Informação*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G; TURATO, E. R. Coleta de Dados na Pesquisa Clínico-Qualitativa: uso de entrevistas dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, [S.l.], v. 14, n. 5, 2006.

FONTES, Miguel Barbosa *et al.* Fatores determinantes de conhecimentos. Atitudes e práticas em DST/aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 22, n. 4, p. 1343-1352, 2017.

FOSKETT, D. J. Ciência da Informação como disciplina emergente; implicações educacionais. In: GOMES, H. E. (Org.). *Ciência da informação ou informática?* Rio de Janeiro: Calunga, 1980. p. 53-69. Artigo publicado originalmente no *Journal of Librarianship*, 1973.

FOUCAULT, M. *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. Coleção Ditos e Escritos, v. 5. Organização de Manoel Barros da Motta. Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa.

FREIRE, I. M. F. Informação: consciência possível. Um exercício com construtos teóricos. *Ciência da Informação*, [S.l.], v. 24, n. 1, 1995.

FREITAS, H.; OLIVEIRA, M.; SACCOL, A. Z.; MOSCAROLA, J. O método de pesquisa survey. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 105-112, jul./set. 2000.

FRIEDAN, B. *A Mística Feminina*. Petrópolis: Vozes, 1971.

FROHMANN, B. O caráter social, material e público da informação na contemporaneidade. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO (ENANCIB), 7., Marília, *Anais...*Marília: ENANCIB, 2006.

FROHMANN, B. Taking information policy beyond information science: applying the actor network theory. In: ANNUAL CONFERENCE OF THE CANADIAN ASSOCIATION FOR INFORMATION SCIENCE, 23, 1995. *Proceedings...* Edmond, Alberta: CAIS/ACSI, 1995.

GAGNON, J. *Les scripts de la sexualité: essais sur les origines culturelles du désir*. Paris: Payot, 2008.

GANDRA, T. K.; DUARTE, A. B. S. Estudos de usuários na perspectiva fenomenológica: revisão de literatura e proposta de metodologia de pesquisa. *Inf. & Soc. Est.*, João Pessoa, v. 22, n. 3, p. 13-23, set./dez. 2012.

GANDRA, T. K.; DUARTE, A. B. S. Interlocações entre a análise de domínio e os estudos de usuários da informação: contribuições para uma abordagem sociocognitiva. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO (ENANCIB), v. 14, 2013. *Anais...* Florianópolis: ENANCIB, 2013.

GASQUE, K. C. G. D. Arcabouço conceitual do letramento informacional. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 39, n. 3, p. 83-92, dez. 2010.

GASQUE, K. C. G. D.; COSTA, S. M. de S. Evolução teórico-metodológica dos estudos de comportamento informacional de usuários. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 39, n. 1, p. 21-32, 2010.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 323 p.

GERGEN, K. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, [S.l.], v. 40, p. 266-275, 1985.

GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Ed. Unesp, 1991.

GIFFORD, S. M. The meaning of lumps: a case study of the ambiguities of risk. In: JANES, C. R.; STALL, R.; GIFFORD, S. M. *Anthropology and Epidemiology: interdisciplinary approaches to the study of health and disease*. Boston: D. Reidel, 1986.

GNP+ (REDE GLOBAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV) *et al.* *Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil*. Sumário Executivo. [Internet], 2019. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf. Acesso em: 20 dez. 2019.

GOFFMAN, E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1998.

GOMES, H. F.; VARELA, A. Mediation of information in medicine: possibilities for dialogue among knowledge scientific, professional and sociocultural. *Perspect. ciênc. inf.*, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 3-22, mar. 2016.

GOMES, R. R. F. M.; CECCATO, M. G. B.; ROCHA, G. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Conhecimento sobre HIV/Aids e fatores associados entre homens que fazer sexo com homens em Belo Horizonte, MG. *Rev. Med. Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 23, n. 4, p. 427-436, 2013.

GOMES, R. R. F. M. *et al.* Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. e00125515, 2017.

GONÇALVES, Helen *et al.* Conhecimento sobre a transmissão de HIV/AIDS entre adolescentes com 11 anos de idade do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 420-31, 2013.

GONSALVES, E. P. *Iniciação à Pesquisa Científica*. 2. ed. Campinas, SP. Editora Alínea, 2001.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Informação e conhecimento. *Ciência da Informação*, Brasília, n. 13, n. 2, p. 107-14, jul./dez. 1984.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. La sociedad del conocimiento: Análisis del concepto referente. In: ASCENCIO, M. A. de (Org.). *Contribución al Desarrollo de la Sociedad del Conocimiento*. Cidade do México: CUIB-UNAM, 2000.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Novas fronteiras tecnológicas das ações de informação: questões e abordagens. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 33, n. 1, 2004.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. O objeto de estudo da Ciência da Informação: paradoxos e desafios. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 19, n. 2, p. 117-22, jul./dez.1990.

GOODE, W; J. HATT, P. K. *Métodos em pesquisa social*. 3. ed. São Paulo: Nacional, 1969.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M. I. B. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface*, [S.I.], v. 19, n. 52, jan./mar. 2015.

GRANGEIRO, A. O perfil socioeconômico da AIDS no Brasil. In: PARKER, R. *et al.* (Org.). *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/UERJ/Relume-Dumará; 1994. p. 91-125.

GRANGEIRO, A. *et al.* O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão de literatura. *Rev. Bras. Epidemiol.*, [S.I.], v. 18, p. 43-62, 2015.

GRANGEIRO, A.; KUCHENBECKER, R.; VERAS, M. A. Novos métodos preventivos para o HIV: reconhecendo as fronteiras entre a autonomia dos indivíduos e as políticas públicas. *Rev. Bras. Epidemiol.*, [S.I.], v. 18, supl. 1, p. 1-4, set. 2015.

GRANJA, E. *et al.* O (não) lugar do homem jovem nas políticas de saúde sobre drogas no Brasil: aproximações genealógicas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3447-3455, nov. 2015.

GRAY, R. H.; KIGOZI, G.; SERWADDA, D.; MAKUMBI, F.; WATYA, S.; NALUGODA F. *et al.* Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, [S.l.], v. 369, n. 9562, p. 657-66, 2007.

GREENE, J. C. *Mixed methods in social inquiry*. San Francisco: Jossey-Bass, 2007.

GREENE, J. C.; CARACELLI, V. J.; GRAHAM, W. F. Toward a Conceptual Framework for Mixed-method Evaluation Designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 255-274, 1989.

GRULICH, A. *et al.* HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. 2015 In: CONFERENCE ON RETROVIRUSES AND OPPORTUNISTIC INFECTIONS (CROI), Seattle, USA, 23-26 fev. 2015. *Proceedings...* Seattle: CROI, 2015.

GUI, R. T. Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. *Rev. Psicol. Organ. Trab.*, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 135-159, jun. 2003.

GUIBU, I. A. *et al.* Survival of AIDS patients in the Southeast and South of Brazil: analysis of the 1998-1999 cohort. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 1, p. s79-s92, 2011.

GUIMARÃES, J. A. C. Análise de domínio como perspectiva metodológica em organização da informação. *Ciência da Informação*, v. 43, n. 1, jun. 2014.

GUIMARAES, Mark Drew Crosland *et al.* Conhecimento sobre HIV/aids entre HSH no Brasil: um desafio para as políticas públicas. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. e190005, 2019.

GUIMARÃES, R. B; RIBEIRO, H. O tratamento cartográfico da informação em saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 577-86, 2010.

HABERMAS, J. *Conhecimento e interesse*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

HALLAL, R. C.; RAXACH, J. C; BARCELLOS, N. T; MAKSUD, I. Estratégias de Prevenção da transmissão do HIV para casais sorodiscordantes. *Rev. Bras. Epidemiologia*, [S.l.], v. 18, supl. 1, p. 169-182, set. 2015.

HARLAN, M. A. *Information practices of teen content creators: the intersection of action and experiences*. A Grounded Theory study. 2012. Tese (Doutorado)– Queensland University of Technology, 2012.

HARVIAINEN, J. T.; HAMARI, J. Seek, share, or withhold: information trading in MMORPGs. *Journal of Documentation*, [S.l.], v. 71, n. 6, p. 1119-1134, 2015.

HEARST, N.; CHEN, S. Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working? *Studies in family planning*, [S.l.], v. 35, n. 1, p. 39-47, 2004.

HEILPRIN, L. B. Foundations of information science reexamined. *Annual Review of Information Science and Technology (ARIST)*, [S.l.], v. 24, p. 343-372, 1989.

HEILPRIN, L. B. Operational definitions. In: DEBONS, A. (Ed.). *Information science: search for identity*. Proceedings of the 1972 NATO Advanced Study Institute in Information Science held at Seven Springs, Champion, Pennsylvania, August 12-20, 1972. New York: Marcel Dekker, 1974.

HEREK, G. M.; CAPITANIO, J. P.; WIDAMAN KF. HIV-Related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999. *Am J Public Health.*, [S.l.], v. 92, n. 3, p. 371-7, 2002.

HEREK, G. M.; MITNICK, L.; BURRIS, S.; CHESNEY, M.; DEVINE, P.; FULLILOVE, M. T. *et al.* AIDS and stigma: a conceptual framework and research agenda. *AIDS Public Policy J.*, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 36-47, 1998.

HJØRLAND, B. Theory and metatheory of information science: a new interpretation. *Journal of Documentation*, [S.l.], v. 54, n. 5, p. 606-621, 1998.

HJØRLAND, B. Reviews of Concepts in Knowledge Organization. *Knowledge Organization*, [S.l.], v. 44, n. 1, p. 55-64. 2018.

HOLMES, K. *et al.* *Sexually Transmitted Diseases*. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 1999.

HOOKS, Bell. *Feminist theory: from margin to center*. Boston: South End Press, 1984.

HOSHOVSKY, A. G.; MASSEY, R. J. Information Science: its ends, means & opportunities. In: PLATAU, G. O. (Ed.). *Information transfer: Proceedings of the Annual Meeting of the ASIS, 1968, October, 20-24*. Columbus: ASIS, 1968. v. 5, p. 47-55.

HUSSERL, E. *A Crise das ciências europeias e a fenomenologia transcendental: uma introdução à filosofia fenomenológica*. Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa, 2008. Tradução de Diogo Falcão Ferrer.

INAZAWA, F. K.; BAPTISTA, S. G. Modelo conceitual de comunicação da informação para estudos de interação informacional baseado em competências conversacionais em serviço de referência. *Perspectivas em Ciência da Informação*, v. 17, n. 1, p. 169-184, jan./mar. 2012.

INGWERSEN, P. *Information retrieval interaction*. Londres: Taylor Graham Publishing, 1992.

ISAH, E. E. *Physicians' information practices: a case study of a medical team at a Teaching Hospital*. 2009. Tese (Doctor of Philosophy in Library and Information Science)–Swedish School of Library and Information Science, University of Borås, Suécia, 2009.

JEOLÁS, L. Os jovens e o imaginário da Aids: notas para uma construção social do risco. *Campos*, [S.l.], v. 4, p. 93-112, 2003.

JIMENEZ, A. L.; GOTLIEB, S. L.; HARDY, E.; ZANEVELD, L. J. Prevention of sexually transmitted diseases in women: association with socioeconomic and demographic variables. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 55-62, 2001.

JOHNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE, A. J.; TURNER, L. A. Toward a definition of mixed method research. *Journal of Mixed Methods Research*, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 112-133, 2007.

JULIEN, H.; FOURIE, I. Reflections of Affect in Studies of Information Behavior in HIV/AIDS Contexts: An Exploratory Quantitative Content Analysis. *Library & Information Science Research*, [S.l.], v. 37, p. 3-9, 2015.

JUNG, C. F. Metodologia científica: ênfase em pesquisa tecnológica. 4. ed. revisada e ampliada. [Internet], 2004. Disponível em: <https://www.ft.unicamp.br/~epoleti/ST008/Metodologia%20F%E1bio.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2018.

KAFURE, I.; PEREIRA, J. L. B. Aspectos emocionais e cognitivos do usuário na interação com a informação: um estudo de caso no Laboratório de Inovações Tecnológicas para ambientes de Experiência (ITAE). *Perspectivas em Ciência da Informação*, [S.l.] v. 21, n.3, p. 222-239, jul./set. 2016.

KALCKMANN, Suzana. Preservativo feminino e dupla proteção: desafios para os serviços especializados de atenção às DSTs e Aids. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, dez. 2013.

KAUARK, F.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. *Metodologia da pesquisa: Guia Prático*. Itabuna: Via Litterarum, 2010.

KERR, L. *Relatório Técnico Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [não publicado]. Produto 6. Projeto 914BRZ1138.

KERR, L.; KENDALL, C.; GUIMARÃES, M. D. C. *et al.* HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine*, [S.l.], v. 97, n. 1S, p. S9-S15, May 2018.

KHOUZAM, H. R.; DONNELLY, N. J.; IBRAHIM, N. F. Psychiatric morbidity in HIV patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, [S.l.], v. 43, p. 51-56, 1998.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

KNOX, J.; SANDFORT, T.; YI, H.; REDDY, V.; MAIMANE, S. Social vulnerability and HIV testing among South African men who have sex with men (MSM). *Int. J. STD AIDS*, [S.l.], v. 22, p. 709-13, 2011.

KUHAR, D. T. *et al.* Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to human immunodeficiency virus and recommendations for post-exposure prophylaxis. *Infect. Control. Hosp. Epidemiol.*, [S.I.], v. 34, n. 9, p. 875-92, set. 2013.

KUHLEN, R. Pragmatische Aspekte beim Entwurf und Betrieb von Informationssystemen. In: INTERNATIONALEN SYMPOSIUMS FÜR INFORMATIONSWISSENSCHAFT, 1., 1990. *Proceedings...* Konstanz: Univ. Verl. Konstanz, 1990.

KUHLTHAU, C. C. Inside the search process: information seeking from the user's perspective. *Journal of the American Society for Information Science*, Washington, v. 42, n. 5, p. 361-371, 1991.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 7. ed. 6. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

LAMBERT, S. D.; LOISELLE, C. G.; MACDONALD, E. An in-depth exploration of information-seeking behavior among individuals with cancer. Part 2: understanding differential patterns of information disinterest and avoidance. *Cancer Nursing*, [S.I.], v. 32, n. 1, p. 26-36. 2009.

LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora Unesp. 2000.

LE COADIC, Y. F. *A Ciência da Informação*. 2. ed. Brasília: Brique de Lemos, 2004.

LEITE, G. S.; MURRAY, L.; LENZ, F. O Par e o Ímpar: o potencial de gestão de risco para a prevenção de DST/HIV/AIDS em contextos de prostituição [The Peer and Non-peer: the potential of risk management for HIV prevention in contexts of prostitution]. *Rev Bras Epidemiol.*, [S.I.], v. 18, supl. 1, p. 7-25, set. 2015.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives in Psychology*, [S.I.], v. 140, p. 1-55, 1932.

LIMA, A. *Aproximação crítica à teoria dos estudos de usuários de bibliotecas*. Londrina: Embrapa-CNPSo; Brasília: Embrapa-SPI, 1994.

LIMA, G. A. B. Interfaces entre a ciência da informação e a ciência cognitiva. *Ciência da informação*, Brasília, v. 32, n. 1, p. 77-87, jan./abr. 2003.

LIMA, M.; SCHRAIBER, L. B. Violência e outras vulnerabilidades de gênero em mulheres vivendo com HIV/Aids. *Temas em Psicologia*, [S.l.], v. 21, n. 3, p. 947-960, 2013.

LIU, S.; WANG, K.; YAO, S.; GUO, X.; LIU, Y.; WANG, B. Knowledge and risk behaviors related to HIV/AIDS and their association with information resource among men who have sex with men in Heilongjiang province, China. *BMC Public Health*, [S.l.], v. 10, p. 250, 2010.

LOCKE, J. *Ensaio sobre o entendimento humano*. São Paulo: Abril, 1978.

LODI, J. B. *A entrevista: teoria e prática*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1974.

LOPES, A. A.; FREIRE, I. M. Orçamento participativo: uma abordagem na perspectiva da Ciência da Informação. *Em questão*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 19-31, jan./jun. 2011.

LOYOLA, Maria Andréa (Org.). *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 117-40.

LUNDGREN, J. D.; BABIKER, A. G.; GORDIN, F. *et al.* Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N. Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 373, n. 9, p. 795-807, 2015.

LUZ, P. M.; BENZAKEN, A.; ALENCAR, T. M.; PIMENTA, C.; VELOSO, V. G.; GRINSZTEJN, B. PrEP adopted by the Brazilian National Health System: What is the size of the demand? *Medicine*, [S.l.], v. 97, Suppl. 1, p. S75-S77, maio 2018.

LUZ, M. T. Debate sobre o artigo de Mary Jane P. Spink. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, nov./dez., 2001.

MACHLUP, F. Semantic quirks in studies of information. In: F. MACHLUP, F.; MANSFIELD, U. (Ed.) *The study of information: Interdisciplinary messages*. New York: Wiley, 1983. p. 641-671.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1807-1816, dez. 2008.

MAHLER, G. Quantum information. In: K. KORNWACHS, K.; JACOBY, K. (Ed.). *Information: New questions to a multidisciplinary concept*. Berlin: Akademie, 1996. p. 103-118.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 42, n. 2, p. 1-6, 2008.

MAKSUD, I. *Casais sorodiscordantes: conjugalidade, práticas sexuais e HIV/aids*. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

MAKSUD, I. O discurso da prevenção da Aids frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: Sobre normas e práticas. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 349-369, 2009.

MALHEIROS, B. T. *Metodologia da Pesquisa em Educação*. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

MALHOTRA, N. K. *Pesquisa de marketing: Uma orientação aplicada*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MALISKA, I. C. A.; SOUZA, M. I. C.; SILVA, D. M. G. V. Práticas sexuais e o uso do preservativo entre mulheres com HIV/aids. *Ciência, Cuidado e Saúde*, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 471-478, 2007.

MANO, R. F. *Consumidor com deficiência: implicações de fatores pessoais e contextuais no consumo em redes varejistas de João Pessoa-PB*. 2014. 199 f. Dissertação (Mestrado em Administração)—Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

MARKS, G.; BURRIS, S.; PETERMAN, T. Reducing sexual transmission of HIV from those who know they are infected: the need for personal and collective responsibility. *AIDS*, [S.l.], v. 13, p. 297-306, 1999.

MARTELETO, R. M. Cultura informacional: construindo o objeto informação pelo emprego dos conceitos de imaginário, instituição e campo social. *Ciência da Informação*, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 89-93, 1995.

MARTELETO, R. M.; RIBEIRO, L. B.; GUIMARÃES, C. Informação em movimento: produção e organização do conhecimento nos espaços sociais. *Civitas: Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 69-80, jun. 2002.

MARTINS, L. B.; DA COSTA-PAIVA, L. H.; OSIS, M. J.; DE SOUSA, M. H.; PINTO-NETO, A. M.; TADINI, V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/ AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 315-23, 2006.

MARTUCCI, E. M. *A abordagem sense-making para estudo de usuário*. Porto Alegre: ABEED, 1997. Ensaio.

MCGARRY, K. J. *Da documentação à informação: um conceito em evolução*. Lisboa, Editorial Presença, 1984. 196p.

MCKENZIE, P. J. A model of information practices in accounts of everyday-life information seeking. *Journal of Documentation*, Bingley, v. 59, n. 1, p. 19-40, 2003.

MELO, V. H.; TEIXEIRA, N. C. P. Microbicidas tópicos: uma nova tecnologia para prevenir a transmissão sexual do HIV. *Femina*, [S.l.], v. 36, n. 9, p. 573-583, set. 2008.

MENESIA, E. O. *Estudo Epidemiológico sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Município de Ribeirão Preto*. Dissertação [Mestrado]—Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.

MERTENS, D. M. Mixed methods and the politics of human research: the transformative-emancipatory perspective. In: TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. (Ed.). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003.

- MEY, M. *The cognitive paradigm: an integrated understanding of science development*. Chicago: University of Chicago, 1982.
- MEY, M. The cognitive viewpoint: Its development and its scope. *Communication & Cognition*, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 7-23, 1977.
- MIKHAILOV, A. I.; CHERNYI, A. I.; GILYARESKI, R. S. Estrutura e Principais Propriedade da informação científica. In: GOMES, H. E. (Org.) *Ciência da Informação ou Informática?* Rio de Janeiro: Calunga, 1980. p. 71-80.
- MIKHAILOV, A. I.; GILJAREVSKIJ, R. S. *An introductory course on informatics/documentation*. Moscou: International Federation for Information and Documentation, 1970. 202 p.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MIRANDA, A.; SIMEÃO, E. A conceituação de massa documental e o ciclo de interação entre tecnologia e o registro do conhecimento. *DataGramaZero*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, ago. 2002.
- MNCP (MOVIMENTO NACIONAL DAS CIDADÃS POSITIVAS). *Guia de advocacy para lideranças*. 2. ed. Porto Alegre, 2018.
- MOLINA, J. M. *et al.* On-Demand Pre-exposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 373, n. 23, p. 2237-2246, dez. 2015.
- MONTEIRO, G. R. S. S.; GOMES, B. M. R.; LOPES, K. A. M.; ARAÚJO, D.; OLIVEIRA, R. C. Conhecimento, atitude e prática dos profissionais da atenção primária sobre ferramentas de avaliação familiar. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, Recife, v. 1, n. 1, jan./jun. 2015.

MORAES, I. H. S. *Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.

MORAES; I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informação em saúde: os desafios continuam. *Ciência & Saúde coletiva*, [S.l.], v. 3, n. 1, 1998.

MORAES, M.; MONTENEGRO, M. Autoridade e imposição de limites: atributos necessários na atenção à saúde de pessoas que consomem drogas? *Nova Perspectiva Sistêmica*, Rio de Janeiro, n. 48, p. 57-63, abr. 2014.

MORATO NASCIMENTO, D. A abordagem sociocultural da informação. *Informação & Sociedade: Estudos*, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 21-34, jul./dez. 2006.

MOREIRA, D. A. *Analfabetismo Funcional: O mal nosso de cada dia*. São Paulo: Thomson, 2003. 138 p.

MOREIRA, F. M.; DUARTE, A. B. S. O paradigma social da informação e as teorias sociais: relações e contribuições. *Pesq. Bras. em Ci. da Inf. e Bib.*, João Pessoa, v. 11, n. 1, p. 169-178, 2016.

MOREIRA, V. *et al.* Fenomenologia do estigma em HIV/AIDS: coestigma. *Mental*, Barbacena, v. 8, n. 14, p. 115-131, 2010.

MORIN, E. *O método III: o conhecimento do conhecimento*. Lisboa: Publicação Europa-América, 1987.

MORRISON, M. A.; MORRISON, T. G. Development and validation of a scale measuring modern prejudice toward gay men and lesbian women. *Journal of Homosexuality*, [S.l.], v. 43, n. 2, p. 15-37, 2002.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da Administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

NASCIMENTO, D. M.; MARTELETO, R. M. A. "informação construída" nos meandros dos conceitos da Teoria Social de Pierre Bourdieu. *DataGramaZero*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, out. 2004.

NEVES, A. S. *Amor, poder e violências na intimidade: Os caminhos entrecruzados do pessoal e do político*. Coimbra: Quartetto, 2008.

NEVES, B. C.; BRAZ, M. I. Interlocução entre saúde e Ciência da Informação: proposta para o diagrama multidisciplinar da CI. *Informação & Informação*, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 100-121, dez. 2018.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, dez. 2004.

NORMAN, D. A. *Emotional Design: Why We Love (or hate) Every Day things*. New York: Basic Books, 2004.

OKIN, S. M. Gênero, o público e o privado. *Estudos feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 2, 2008.

OLIVEIRA, A. D. S.; NERY, I. S.; GIR, E.; ARAÚJO, T. M. E.; BARROS JR., F. O. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre HIV/AIDS de mulheres que fazem sexo com mulheres. *Rev. Enferm. UFPE*, Recife, v. 11, n. 7, p. 2736-2742, jul. 2017.

OLIVEIRA, J. G.; ARAÚJO, J. L.; ALCHIERI, J. C.; PEREIRA, A. K. A. M.; NASCIMENTO, E. G. C.; VASCONCELOS, R. B. Conhecimento e comportamento sexual dos universitários diante a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. *Rev. Baiana Saúde Pública*, Salvador, v. 37, n. 3, p. 702-24, 2013.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático Categorical: Uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, M. de. *A investigação científica na ciência da informação: análise da pesquisa financiada pelo CNPq*. 1998. Tese (Doutorado)–Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Departamento de Ciência da Informação e Documentação, Brasília, 1998.

ORTIZ, R. Introdução: à procura de uma sociologia prática. In: ORTIZ, R. (Org.). *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 7-36.

OSTROW, D. G.; SILVERBERG, M. J.; COOK, R. L.; CHMIEL, J. S.; JOHNSON, L.; LI, X.; JACOBSON, L. P. Prospective Study of Attitudinal and Relationship Predictors of Sexual Risk in the Multicenter AIDS Cohort Study. *AIDS and Behavior*, [S.l.], v. 12, p. 127-138, 2008.

OTTEN, R. A.; SMITH, D. K.; ADAMS, D. R. *et al.* Efficacy of post-exposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2). *Journal of virology*, [S.l.], v. 74, n. 20, p. 9771-5, out. 2000.

OZMON, H.; CRAVER, S. *Fundamentos filosóficos da educação*. 6. ed., São Paulo: Artmed, 2004.

PACHECO, L. S. A Informação enquanto artefato. *Informare - Cadernos Prog. Pós-graduação em Ci. Inf.*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 20-24, jan./jun. 1995.

PAIVA, V. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, R. *et al.* (Org.). *A Aids no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS; UERJ, 1994.

PAIVA, V.; ARANHA, F.; BASTOS, F. I.; BERQUÓ, E.; BASTOR, F. I. P.; FRANÇA, I.; BUSSAB, W. *et al.* Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: Pesquisa de âmbito nacional, Brasil, 2005. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 54-64, 2008.

PAIVA, V.; VENTURI, G.; FRANÇA JUNIOR, I.; LOPES, F. Uso de preservativos: pesquisa nacional MS/IBOPE, Brasil, 2003. Disponível em: http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/artigo_preservativo.pdf. Acesso em: 20 dez. 2019.

PAIXÃO, Marcelo; CARVANO, Luiz M. (Org.). *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil: 2007-2008*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 384-411, ago. 2016.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. de. Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 16, supl. 1, p. 89-102, 2000.

PATEMAN, C. *O contrato sexual*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993. Tradução de Marta Avancini

PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1990.

PAYNE, G.; PAYNE, J. *Key Concepts in Social Research*. London: Sage Publications, 2004.

PEPLER, D. J.; CRAIG, W. M. A peek behind the fence: naturalistic observations of aggressive children with remote audiovisual recording. *Developmental Psychology*, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 548-553, 1995.

PEREIRA, César Antônio. A mídia na ciência da informação. *Transinformação*, Campinas, v. 30, n. 2, p. 141-152, maio/ago. 2018.

PEROSA, C. T.; PEDRO, E. N. R. Perspectivas de jovens universitários da região norte do Rio Grande do Sul em relação à paternidade. *Rev. Esc. Enf. USP*, [S.l.], v. 43, n. 2, p. 300-6, 2009.

PERRUSI, A.; FRANCH, M. Carne com carne: gestão de risco e HIV/aids em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. *Revista de Ciências Sociais*, [S.l.], n. 37, p. 179-200, out. 2012.

PETINARI, V. S; OLIVEIRA, V. F. F; EVANGELISTA, R.; PEREIRA, S. L. Pesquisadores de informação em saúde e competência informacional: relato de experiência. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, Campinas, v. 7, n. 1, p. 180-189, jul./dez. 2009.

PIAGET, J. *Relações Entre a Afetividade e a Inteligência no Desenvolvimento Mental da Criança*. Rio de Janeiro: WAK, 2014.

PINHEIRO, T. F.; CALAZANS, G. J.; AYRES, J. R. de C. M. Uso de camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011). *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 815-836, dez. 2013.

PINSONNEAULT, A.; KRAEMER, K. Survey Research Methodology in Management Information Systems: An Assessment. *Journal of Management Information Systems*, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 75-105, fall 1993.

PINTO, F. V. M.; ARAÚJO, C. A. A. Contribuição ao campo de usuários da informação: em busca dos paradoxos das práticas informacionais. *Transinformação*, Campinas, v. 24, n. 3, 2012.

POESCHL, Gabrielle; VENANCIO, Joana; COSTA, Daniel. Consequências da (não) revelação da homossexualidade e preconceito sexual: o ponto de vista das pessoas homossexuais. *Psicologia*, Lisboa, v. 26, n. 1, p. 33-53, 2012.

POPPER, K. R. *Conhecimento objetivo*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

PORTA, J. M. Probability. In: PORTA, J. M. (Ed.). *A Dictionary of Epidemiology*. 6. ed. Nova York: Oxford University Press, 2014. p. 226-227.

PRAÇA, N. S.; LATORRE, M. R. D. O.; HEARST, N. Fatores associados à percepção de risco de infecção pelo HIV por puérperas internadas. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 37, n. 5, p. 543-51, 2003.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUEIROZ, D. G. C.; MOURA, A. M. M. Ciência da Informação: história, conceitos e características. *Em Questão*, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 25-42, ago./dez. 2015.

QUITES, H. F. O. Barreiras do uso da Informação em saúde na tomada de decisão municipal: uma revisão de literatura. *Rev. Gest. Saúde*, Brasília, v. 7, supl. 1, p. 1011-22, jul. 2016.

REBELLO, L. E. F. S.; GOMES, R.; SOUZA, A. C. B. Homens e a prevenção da aids: Análise da produção do conhecimento da área da saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.l.], v. 15, n. 36, p. 67-78, 2011.

REIGOTA, M. *Meio ambiente e representação social*. São Paulo: Cortez, 2004.

REIS, A. S. dos. Retórica-ideologia-informação: questões pertinentes ao cientista da informação? *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, p. 145-160, jul./dez. 1999.

RENDÓN-ROJAS, M. A. *Bases teóricas y filosóficas de la bibliotecología*. México: CUIB-UNAM, 2005.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZALEZ, R. M. B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. *International Journal of Qualitative Methods*, [S.l.], v. 1, n. 2, art. 5, 2002.

RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W.; AZEVEDO, R. L. V. Concepção da Aids: o que Pensam os Profissionais e os Pacientes? Concepção da Aids. *DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 185-189, 2006.

RIBEIRO, F. Medicina e Ciência da Informação: uma abordagem integradora e interdisciplinar. In: DUARTE, Z.; FARIAS, L. (Org.). *A Medicina na Era da Informação*. Salvador: EDUFBA, 2009. ISBN 978-85-232-0633-8. p. 111-125.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: método e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RIO GRANDE DO SUL (ESTADO). Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Ações em Saúde. *Cooperação Interfederativa HIV/Aids: compartilhando êxitos*. Contrato com a Fundação Médica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2016.

ROBERTSON, Stephen. Salton Award lecture: on theoretical arguments in Information Retrieval. Paper presented at SIGIR 2000, Athens, July 2000. ACM SIGIR Forum 34, no. 1: 1-10.

ROCHA, E. C. de F.; GANDRA, T. K.; ROCHA, J. A. P. Práticas informacionais: nova abordagem para os estudos de usuários da informação. *Biblios*, [S.l.], v. 98, 2017.

ROCHA, J. A. P.; DUARTE, A. B. S.; PAULA, C. P. A. de. Modelos de práticas informacionais. *Em questão*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 36-61, jan./abr. 2017.

RODGER, A. J.; CAMBIANO, V.; BRUUN, T. *et al.* Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA*, [S.l.], v. 316, p. 171-18, 2016.

RODRIGUES, J. F. S. Globalização, pobreza e gênero: as faces da miséria feminina. *Gênero em pesquisa*, Uberlândia, v. 16, p. 5-7, 2000.

ROSSMAN, G. B.; WILSON, B. L. Numbers and words: Combining qualitative and quantitative methods in a single large scale evaluation. *Evaluation Review*, [S.l.], v. 9, n. 5, p. 627-643, 1985.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

RUAS NETO, Antônio. Epidemiologia social e saúde indígena: uma visão da saúde coletiva. *Bol. Saúde*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, jan.-jun. 2007.

RUIZ, J. A. *Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos*. 3. ed. 3. tir. São Paulo: Atlas, 1995.

RUSSO, J. A. Construção social do corpo: desnaturalização de um pressuposto médico. In: PITANGUY, J. (Org.). *Saber médico, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Cadernos CEPIA, 1998. vol. 4.

SALOMON, D. V. *Como fazer uma monografia*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

SAMPAIO, J.; SANTOS, R. C. dos; CALLOU, J. L. L.; SOUZA, B. B. C. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. *Saúde e Sociedade*, [S.l.], v. 20, n. 1, 2011.

SÁNCHEZ-ALEMÁN, M. A.; URIBE-SALAS, F.; CONDE-GONZÁLES, C. J. La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios [Human papillomavirus

infection, a possible biological marker of sexual behavior among university students]. *Salud Pública Méx.*, [S.l.], v. 44, n. 5, p. 442-7, 2002.

SANTOS, J. C. A respeito do DST e AIDS nos dias de hoje [About DST and AIDS in nowadays]. *Femina*, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 321-3, 1998.

SANTOS, N. J. S. *et al.* Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 25, supl. 2, p. s321-s333, 2009.

SANTOS, R. M. M. O processo de envelhecer com HIV/AIDS: uma abordagem gestáltica [The process of growing old with HIV/AIDS: a gestaltic approach]. *Revista IGT na Rede*, [S.l.], v. 10, n. 18, p. 104-116, 2013.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: O social e o Político na Pós-Modernidade*. São Paulo: Cortez, 1996.

SARACEVIC, T. A natureza interdisciplinar da Ciência da Informação. *Ciência da Informação*, [S.l.], v. 24, n. 1, abr. 1995.

SARACEVIC, T. Ciência da Informação: origem, evolução e relações. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 41-62, jan./jun. 1996.

SARACEVIC, T. Information science: origin, evolution and relations. In: VAKKARI, P.; CRONIN, B. (Ed.). *Conceptions of Library and Information Science*. Proceedings of the COLIS Conference Tampère, 1991. Los Angeles: Taylor Graham, 1992.

SARTRE, J.-P. *Esboço de uma teoria das emoções*. Porto Alegre: L&PM, 2017.

SATUR, Roberto Vilmar. A Pesquisa interdisciplinar na Ciência da Informação. *Inf. Pauta*, Fortaleza, v. 3, n. 1, jan./jun. 2018.

SAVOLAINEN, R. Abordando as barreiras afetivas à busca de informação: o ponto de vista da teoria da avaliação. In: INFORMATION BEHAVIOR CONFERENCE, Zadar, Croácia, 20 a 23 set. 2016. *Proceedings...* Zadar: ISIC, 2016.

SAVOLAINEN, R. Cognitive barriers to information seeking: a conceptual analysis. *Journal of Information Science*, [S.l.], v. 41, n. 5, p. 613-623, 2015.

- SAVOLAINEN, R. *Everyday information practices: a social phenomenological perspective*. Lanham: Scarecrow Press, 2008.
- SAVOLAINEN, R. Everyday Life Information Seeking: Approaching Information Seeking in the Context of "Way of Life". *Library & Information Science Research*, Boston, v. 17, p. 259-294, 1995.
- SAVOLAINEN, R. Information behavior and information practice: reviewing the "umbrella concepts" of information-seeking studies. *Library Quarterly*, Chicago, v. 77, n. 2, p.109-135, 2007.
- SAVOLAINEN, R. Research in information Science Award: Everyday life information Seeking. *Bulletin of the association for information science and technology*, [S.l.], v. 43, n. 3, fev./mar. 2017.
- SCANAVINO, M. T.; ABDO, C. H. N. Parceiros sexuais nos últimos 12 meses e parceiros significativos ao longo da vida, segundo o estudo da vida sexual do brasileiro. *Diagnóstico & Tratamento*, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 138-142, 2010.
- SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: teorias e tendências pedagógicas. In: CZERESINA, D. *et al.* (Ed.). *AIDS: Pesquisa Social e Educação*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da Aids após os antirretrovirais. *Rev. Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 455-462, 2006.
- SCHILTZ, M. A.; SANDFORT, T. G. HIV-positive people, risk and sexual behavior. *Soc. Sci. Med.*, [S.l.], v. 50, n. 11, p. 1571-88, 2000.
- SCHUTZ, A. *Bases da fenomenologia*. In: WAGNER, H. (Org.). *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. p. 53-71.
- SEKARAN, U.; BOUGIE, R. *Research Methods for business: A Skill Building Approach*. Singapore: John Wiley & Sons, Inc., 2000.

SEMIDÃO, R. A. M. Dados, informação e conhecimento: elementos de análise conceitual. *DataGramaZero*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, ago. 2013.

SETZER, V. W. Dado, Informação, Conhecimento e Competência. *DataGramaZero*, Rio de Janeiro, n. 0, 1999.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Cortez, 2007.

SHANNON, C. A mathematical theory of communication. *Bell System Technical Journal*, [S.l.], v. 27, p. 379-423, 623-656, 1948.

SHANNON, C.; WEAVER, W. *The mathematical theory of communication*. Urbana: University of Illinois Press, 1972. Trabalho original publicado em 1949.

SHERA, J. H. Epistemologia Social, Semântica Geral e Biblioteconomia. *Ciência da Informação*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 9-12, 1977.

SHERA, J. H. Sobre biblioteconomia, documentação e ciência da informação. In: GOMES, Hagar Espanha (Org.). *Ciência da informação ou informática?* Rio de Janeiro: Calunga, 1980. 105 p. p. 91-105.

SILVA, K. C.; ROSA, M. L. G.; MOYSE, N.; AFONSO, L. A.; OLIVEIRA, L. H. S.; CAVALCANTI, S. M. B. Risk factors associated with human papillomavirus infection in two populations from Rio de Janeiro, Brazil. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, [S.l.], v. 104, n. 6, p. 885-91, 2009.

SILVA, A. X. da; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 683-688, 2007.

SILVA, C. M.; LOPES, F. M. V. M.; VARGENS, O. M. C. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à Aids. *Rev. Gaúch. Enferm.*, [S.l.], v. 31, n. 3, p. 450-457, 2010.

SILVA, J. L. C. Das concepções disciplinares na ciência da informação e/ou de suas configurações epistemológicas: o desiderato percebido da interdisciplinaridade. *Investigación bibliotecológica*, Cidade do México, v. 27, n. 59, 2013.

- SILVA, J. R.; ASSIS, S. M. B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. *Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 146-152, 2010.
- SILVA, L. A. V. Redução de riscos na perspectiva dos participantes de barebacking: possibilidades e desafios. *Psicologia & Sociedade*, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 327-336, 2012.
- SILVA, R. A. S. *As práticas informacionais das Profissionais do Sexo da zona boêmia de Belo Horizonte*. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação)– Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- SILVA, Roberta Maria de Oliveira; ARAÚJO, Carla Luzia França; PAZ, Fatima Maria Trigo da. A realização do teste anti-HIV no pré-natal: os significados para a gestante. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 630-636, dez. 2008.
- SILVEIRA, M. F.; BERIA, J. U.; HORTA, B. L.; TOMASI, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 36, n. 6, p. 670-7, 2002.
- SILVEIRA, M. M; BATISTA, J. S; COLUSSI, E. L; WIBELINGER, L. M. Sexualidade e Envelhecimento: discussões sobre a AIDS. *Rev. Kairós*, [S.l.], v. 14, n. 10, p. 205-200, 2011.
- SILVERMAN, D. *Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações*. Porto Alegre: Artmed, 2009. Tradução de Magda França Lopes.
- SIRIHAL, A. B.; LOURENÇO, C. A. Informação e conhecimento: aspectos filosóficos e informacionais. *Informação & Sociedade: Estudos*, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 67-92, 2002.
- SITTA, E. I.; ARAKAWA, A. M.; CALDANA, M. L.; PERES, S. H. C. S. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. *Revista CEFAC*, [S.l.], v. 12, n. 6, p. 1059-1066, nov./dez. 2010.

SMIT, J. W.; TÁLAMO, M. F. G. Ciência da Informação: uma ciência moderna ou pós-moderna? In: LARA, M. L. G. *et al. Informação e Contemporaneidade: perspectivas*. Recife: Néctar, 2007. p. 27-46.

SOLOMON, R. L.; COLES, M. R. A case of failure of generalization of imitation across drives and across situations. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, [S.l.], v. 49, p. 7-13, 1954.

SORJ, Bila. Arenas de cuidado nas interseções entre gênero e classe social no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, [S.l.], v. 43, n. 149, p.478-491, maio/ago. 2013.

SOUZA, F. M. A. de. *Impacto do fator emocional quando da recuperação de informação da home page do Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde*. 2016. 162 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação)–Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SOUZA, F. M. A. de. Utilização de evidências científicas no processo decisório governamental. *Cosmopolita em ação*, Brasília, v. 1, n. 1, 2014.

SOUZA, Renato Rocha; ALMEIDA, Maurício Barcellos; BARACHO, Renata Maria Abrantes. Ciência da informação em transformação: Big data, nuvens, redes sociais e Web semântica. *Ci. Inf., Brasília*, v. 42 n. 2, p.159-173, maio/ago., 2013.

SOUZA, S. D. Aids e Religião: apontamentos sobre representações católicas da sexualidade em tempos de Aids. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 52, n. 2, p. 333-334, jul./dez. 2012.

SOUZA, Vivian Bonani de; ORTI, Natália Pinheiro; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. Role-playing como estratégia facilitadora da análise funcional em contexto clínico. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 102-122, dez. 2012.

SOUZAS, R.; MARINHO, O. F. P.; MELO, K. L. O. Acesso à saúde, promoção e prevenção ao HIV/Aids e o recorte étnico-racial: revisão bibliográfica (1995-2009). In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, Fernanda (Org.). *Saúde da população negra*. 2. ed. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

SPERHACKE, R. D *et al.* HIV prevalence and sexual behavior among young male conscripts in the Brazilian army, 2016. *Medicine*, [S.l.], v. 97, supl. 1S, p. S25-S31, maio 2018.

SPERHACKE, R. C. *Relatório Técnico Final*. Rio Grande do Sul: Universidade Caxias do Sul, 2016. Produto 6. Projeto 914BRZ1138.

SPINK, M. J. Sobre a Promoção da Saúde. Tensões entre o risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In: SATO, L.; JACÓ-VILELA, A. (Org.). *Diálogos em Psicologia Social*. Porto Alegre: Evangraf, 2007. p.345-360.

SPINK, M. J. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 17, n. 6, p. 1277-1311, nov.-dez., 2001.

STEDILE, N. L. R. *et al.* Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2957-2971, out. 2015.

SULLIVAN, P. S.; HAMOUDA, O.; DELPECH, V. *et al.* Reemergência da epidemia de HIV entre homens que fazem sexo com homens na América do Norte, Europa Ocidental e Austrália, 1996-2005. *Annals of Epidemiology*, [S.l.], v. 19, n. 6, p. 423-431, 2009.

SUOMINEN, T.; HEIKKINEN, T.; PAKARINEN, M.; SEPPONEN, A. M.; KYLMÄ, J. Knowledge of HIV infection and other sexually transmitted diseases among men who have sex with men in Finland. *BMC Infect Dis.*, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 121, 2017.

SWIGON, M. Information barriers in libraries: types, typologies and Polish empirical studies. *Library Management*, [S.l.], v. 32, n. 6-7, p. 475-484, 2011.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* The relationship of illicit drug use to use to HIV infection among commercial sex workers in the city), of Santos, São Paulo, Brasil. *Int. J. Drug Policy*, [S.l.], v. 9, p. 427-436, 1998.

SZWARCWALD, C. L. *Relatório Técnico Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Produto 6. Projeto 914BRZ1138.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. de; GUIMARÃES, M. D. C.; ALMEIDA, W. da S. de; SOUZA FERREIRA, A. P. de; FERREIRA-JÚNIOR, O. da C.; DOURADO, I.; THE BRAZILIAN FSW GROUP. Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. *Medicine*, [S.l.], v. 97, n. 1S, p. S54-S61, maio 2018.

TALJA, S. Constituting “information” and “user” as research objects: a theory of knowledge formations as an alternative to the information man - theory. In: VAKKARI, P.; SAVOLAINEN, R.; DERVIN, B (Ed.). *Information seeking in context*. Londres: Taylor Graham Publishing, 1997.

TALJA, S. The domain analytic approach to scholar’s information practices. In: FISHER, Karen; ERDELEZ, Sanda; MCKECHNIE, Lynne (Ed.). *Theories of Information Behavior*. Medford: Information Today, 2005. p. 123-127.

TAMAYO, Álvaro *et al.* Prioridades axiológicas e uso de preservativo. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 167-175, 2001.

TANCREDI, M. *Relatório Técnico Final*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [não publicado]. Produto 3. Projeto 914BRZ1138.

TAQUETTE, S. *Aids e Juventude: gênero, classe e raça*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2009.

TARGINO, M. G. Informação em saúde: potencialidade e limitações. *Inf. Inf.*, Londrina, v. 14, n. 1, p. 52-81, jul./jun. 2009.

TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. *Mixed methodology: combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage, 1998.

TAYLOR, R. S. *Value-Added Process in Information Systems*. Norwood: Ablex, 1986.

TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. *Aná. Psicológica*, Lisboa, v. 22, n. 3, p. 615-620, set. 2004.

TERTO, A. L. V.; DUARTE, A. B. S. A prática informacional dos usuários de um sistema de informação a partir de uma perspectiva compreensiva. *Biblios*, [S.l.], v. 54, 2014.

THE TEMPRANO ANRS 12136 STUDY GROUP. A trial of early antiretrovirals and isoniazid preventive therapy in Africa. *The New England Journal of Medicine*, [S.l.], v. 373, p. 808-822, 2015.

TOMAZELLI, J.; CZERESNIA, D.; BARCELLOS, C. Distribuição dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 1049-1061, ago. 2003.

TRAJMAN, A.; BELO, M. T.; TEIXEIRA, E. G.; DANTAS, V. C.; SALOMÃO, F. M.; CUNHA, A. J. Knowledge about STD/AIDS and sexual behavior among high school students in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 127-33, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

TRUJILLO FERRARI, A. *Metodologia da pesquisa científica*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1982.

TSAI, C. C.; EMAU, P.; FOLLIS, K. E. *et al.* Effectiveness of post-inoculation (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIV_{mac} infection depends critically on timing of initiation and duration of treatment. *Journal of virology*, [S.l.], v. 72, n. 5, p. 4265-73, maio 1998.

TSAI, C. C.; FOLLIS, K. E.; SABO, A. *et al.* Prevention of SIV infection in macaques by (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl)adenine. *Science*, New York, v. 270, n. 5239, p. 1197-9, 17 nov. 1995.

TUOMINEN, K; SAVOLAINEN, R. A social constructionist approach to the study of information use as discursive action. In: VAKKARI, P.; SAVOLAINEN, R.; DERVIN, B. (Org.). *Information seeking in context*. Londres: Taylor Graham, 1997. p. 81-96.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNAIDS (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O HIV/AIDS). *Estatísticas globais sobre HIV 2019* [Internet], 2019. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 20 dez. 2019.

UNAIDS (UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON HIV/AIDS). *90-90-90: Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS*. Genebra: UNAIDS, 2015.

UNAIDS (UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON HIV/AIDS). *Get on the fast-track: The life-cycle approach to HIV*. Geneva: UNAIDS, 2016.

UNAIDS (UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON HIV/AIDS). *Guia de Terminologia*. Genebra: UNAIDS, 2017a.

UNAIDS (UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON HIV/AIDS). *Knowledge is power*. Geneva: UNAIDS, 2017b.

UNAIDS (UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON HIV/AIDS). *Retrospectiva 2018*. Genebra: UNAIDS, 2018.

UNAIDS (UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON HIV/AIDS). *The gap report*. Geneva: UNAIDS, 2014.

UNAIDS/WHO (UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON HIV/AIDS/WORLD HEALTH ORGANIZATION). *Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines*. Geneva: UNAIDS, 2002.

UNDERHILL, K. Study designs for identifying risk compensation behavior among users of biomedical HIV prevention technologies: balancing methodological rigor and research ethics. *Soc Sci Med*, [S.l.], v. 94, n. 115-23, 2013.

VALENTIM, M. L. P. Inteligência competitiva em organizações: dado, informação e conhecimento. *DataGramaZero*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, ago. 2002.

VALIM, E. M. A. *et al.* Utilização de preservativo masculino entre adolescentes de escolas públicas na cidade de Uberaba (MG), Brasil: conhecimentos e atitudes. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 44-49, mar. 2015.

VELO-HIGUERAS, C.; CUÉLLAR-FLORES, I.; SAINZ-COSTA, T.; NAVARRO-GÓMEZ, M. L.; GARCÍA-NAVARRO, C.; FERNÁNDEZ-MCPHEE, C. *et al.* Young adults and HIV. Awareness and risk behavior of a group living in Spain. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.*, [S.l.], v. 37, n. 3, p.176-182, mar. 2019.

VERGARA, S. C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 1997.

VERGARA, T. R. C.; BARROSO, P. F. Transmissão Sexual do HIV. *Tendências em HIV/Aids* [Internet], v. 1, n. 4, 2007.

VIEGAS, W. *Fundamentos lógicos da metodologia científica*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2007.

VILELA, W.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org). *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003, p. 95-150.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas?. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 131-142, set. 2015.

VITTINGHOFF, E.; DOUGLAS, J.; JUDSON, F.; MCKIRNAN, D.; MACQUEEN, K.; BUCHBINDER, S. P. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *Am. J. Epidemiol.*, [S.l.], v. 150, n. 3, p. 306-11, 1 ago. 1999.

WAGENAAR, B. H.; SULLIVAN, P. S.; STEPHENSON, R. HIV knowledge and associated factor among internet-using men who have sex with men (MSM) in South Africa and the United States. *PLoS One*, [S.l.], v. 7, p. e32915, 2012.

WEISS, H. A.; QUIGLEY, M. A.; HAYES, R. J. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*, [S.l.], v. 14, p. 2361-70, 2000.

WERSIG, G. Information science: the study of postmodern knowledge usage. *Information Processing & Management*, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 229-239, 1993.

WERSIG, G.; NEVELLING, U. The phenomena of interest to information Science. *The information Scientist*, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 127-140, dez. 1975.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). The Advisory Committee on Health Research. *A research policy agenda for science and technology to support global health development*. Geneva: WHO, 1998a.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). *The world health report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all*. Geneva: WHO, 1998b.

WHO/UNAIDS (WORLD HEALTH ORGANIZATION/ UNITED NATIONS JOINT PROGRAMME ON HIV/AIDS) (2007). *New data on male circumcision and HIV prevention: policy and programme implications*. Geneva: WHO/UNAIDS, 28 mar. 2007.

WILSON, T. D. On user studies and information needs. *Journal of Documentation*, Londres, v. 7, n. 1, p. 3-15, mar. 1981.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZUKOSKI, A. P.; THORBURN, S.; STROUND, J. Seeking information about HIV/AIDS: a qualitative study of health literacy among people living with HIV/AIDS in a low prevalence context. *AIDS Care*, [S.l.], v. 23, n. 11, p. 1505-1508, 2011.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Primeiro Pré-Teste – Grupo Focal

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo geral investigar o conhecimento, atitude e prática no contexto da epidemia do HIV/aids da população geral no Distrito Federal – DF, Brasil.

A realização desta pesquisa é requisito do curso de Doutorado em Ciência da Informação da Universidade de Brasília – UnB, e está sendo desenvolvida pela aluna Flávia Moreno Alves de Souza, orientanda da professora Ivette Kafure Munõz.

Se você decidir participar, de forma **anônima** (sem escrever o seu nome), você contribuirá com suas percepções sobre os fatores associados ao não uso do preservativo masculino.

Toda informação obtida nesta pesquisa é **confidencial**, estando garantida a privacidade dos dados e informações ora prestadas, preservando o seu anonimato, por ocasião da publicação do estudo.

A participação nesta pesquisa é de **caráter voluntário**. Você poderá desistir de participar em qualquer momento, sem sofrer nenhuma sanção e/ou prejuízo.

Como participante, fico ciente de que será mantida minha confidencialidade, ao mesmo tempo em que fui devidamente esclarecido(a) sobre o uso da informação na pesquisa proposta.

Data: ___/___/_____

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Segundo Pré-Teste**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo geral investigar o conhecimento, atitude e prática no contexto da epidemia do HIV/aids da população geral no Distrito Federal – DF, Brasil.

A realização desta pesquisa é requisito do curso de Doutorado em Ciência da Informação da Universidade de Brasília – UnB, e está sendo desenvolvida pela aluna Flávia Moreno Alves de Souza, orientanda da professora Ivette Kafure Muñoz.

Se você decidir participar, você responderá a um questionário de forma **anônima** (sem escrever o seu nome), com informações sobre condições socioeconômicas, práticas sexuais, estratégias de prevenção, uso de preservativo e conhecimento sobre transmissão do HIV.

Toda informação obtida nesta pesquisa é **confidencial**, estando garantida a privacidade dos dados e informações ora prestadas, preservando o seu anonimato, por ocasião da publicação do estudo.

A participação nesta pesquisa é de **caráter voluntário**. Você poderá desistir de participar em qualquer momento, sem sofrer nenhuma sanção e/ou prejuízo.

Como participante, fico ciente de que será mantida minha confidencialidade, ao mesmo tempo em que fui devidamente esclarecido(a) sobre o uso da informação na pesquisa proposta.

Data: ___/___/_____

Apêndice C – Instrumento de Coleta de Dados – Segundo Pré-Teste**Bloco A – Dados sociodemográficos**

A1. Qual a sua idade? _____anos

A2. Sexo:

() Masculino

() Feminino

A3. Qual o seu estado conjugal?

() Nunca fui casado(a)

() Separado(a)

() Casado(a) atualmente

() Divorciado(a)

() Vivo com companheiro(a) atualmente

() Viúvo(a)

A4. Qual o seu grau de escolaridade?

() Analfabeto(a)

() 1ª à 3ª série do ensino fundamental

() 4ª à 7ª série do ensino fundamental

() Ensino fundamental completo

() 1ª ou 2ª série do ensino médio

() Ensino médio completo

() Superior incompleto

() Superior completo

A5. Como você se classifica em relação à sua cor ou raça?

() Branco(a)

() Preto(a)

() Indígena

() Amarelo(a)

() Pardo(a)

Não sei responder

A6. Qual a sua situação de trabalho atual?

- Servidor(a) público(a)
 Empregado(a) com carteira de trabalho
 Empregado(a) sem carteira de trabalho
 Trabalha por conta própria e não tem empregados
 Empregador(a)
 Não trabalha atualmente

A7. Quais e quantos itens abaixo existem na casa onde você mora?

- Televisão: não tem 1 2 3 4 ou +
Rádio: não tem 1 2 3 4 ou +
Banheiro: não tem 1 2 3 4 ou +
Automóvel: não tem 1 2 3 4 ou +
Empregada mensalista: não tem 1 2 3 4 ou +
Máquina de lavar: não tem 1 2 3 4 ou +
Videocassete ou DVD: não tem 1 2 3 4 ou +
Geladeira: não tem 1 2 3 4 ou +
Freezer*: não tem 1 2 3 4 ou +

*aparelho independente ou parte da geladeira duplex

Bloco B – Conhecimento sobre formas de prevenção do HIV

Neste bloco, gostaria de saber se você concorda ou discorda em relação às seguintes afirmações sobre a transmissão do vírus da aids. Por favor, marque um X na alternativa escolhida.

B1. Se uma pessoa usar camisinha toda vez que tiver relação sexual, ela terá menos risco de se infectar pelo vírus da aids.

- Concordo
 Discordo
 Não sei
 Não quero responder

B2. Se uma pessoa tiver relações sexuais somente com um parceiro fiel e não infectado pelo vírus da aids, ela terá menos risco de se infectar.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B3. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da aids.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B4. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B5. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids compartilhando talheres, copos ou refeições com alguém que está infectado.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B6. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids compartilhando seringas ou agulhas com outras pessoas.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B7. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids se não usar preservativos nas relações sexuais.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B8. Existe cura para a aids.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B9. Uma pessoa com HIV que está tomando corretamente o coquetel (medicamento para HIV/aids) tem menos risco de transmitir o vírus da aids para outra pessoa.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B10. Se uma mulher grávida estiver com o vírus da aids, e ela receber tratamento durante a gravidez e no parto, o risco de passar o vírus para o filho diminui.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

Agora, gostaria de saber se:

B11. Você já tinha ouvido falar em camisinha para prevenir a infecção pelo HIV?

- Sim
- Não

B12. Você já ouviu falar em PrEP (Profilaxia Pré-Exposição), ou seja, medicações que uma pessoa pode tomar ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV?

Sim

Não

B13. Você acha que a PrEP pode funcionar para proteger você do HIV?

Sim

Não

Não sei

B14. Se existisse PrEP no Brasil, disponível de graça nos serviços de saúde, você tomaria medicamentos antirretrovirais todos os dias para diminuir o risco de infecção pelo vírus da aids?

Sim, tomaria

Não precisaria tomar, pois nunca me exponho a situações de risco

Não, teria medo de tomar esses medicamentos todos os dias

Não, pois não gosto dos efeitos que esses medicamentos provocam

Não tenho certeza se esses medicamentos servem para evitar o vírus da aids

B15. Você já ouviu falar em PEP (Profilaxia Pós-Exposição), ou seja, o uso de medicamentos antirretrovirais para evitar a infecção pelo vírus da aids após exposição a uma situação de risco, como sexo sem camisinha, rompimento da camisinha ou violência sexual?

Sim

Não

B16. Você acha que a PEP pode funcionar para proteger você do HIV?

Sim

Não

Não sei

B17. Você já tinha ouvido falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV? Microbicidas são cremes ou géis utilizados no ânus durante a relação sexual para prevenir o HIV.

Sim

Não

B18. Você já tinha ouvido falar em circuncisão/“cirurgia de fimose” para prevenir a infecção pelo HIV?

Sim

Não

B19. Você já tinha ouvido falar em autotestagem domiciliar para prevenir o HIV? Autotestagem domiciliar é você mesmo(a) fazer o teste do HIV em casa, da mesma forma que se faz o teste de gravidez.

Sim

Não

B20. Você acha que a autotestagem domiciliar pode funcionar para proteger você do HIV?

Sim

Não

Não sei

B21. Você já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa, utilizando fluido oral/saliva?

Sim

Não

B22. Você acha que se existisse um teste de HIV de fluido oral/saliva disponível para comprar nas farmácias, você faria o teste de HIV com mais frequência?

Sim

Não mudaria nada para mim

B23. Caso queira realizar um teste de HIV/aids, você sabe onde ir?

- Sim
- Não
- Não sei

B24. Onde você gostaria de obter informações sobre aids e outras doenças sexualmente transmissíveis? Você pode selecionar mais de uma alternativa.

- Cartazes, panfletos, *folders*
- Televisão
- Rádio
- Internet
- Jornais
- Escola
- Trabalho
- Instituição religiosa
- Serviço de saúde pública
- Serviço de saúde particular
- Atividades educativas (festas, shows, etc.)
- Família
- Amigos
- Outros lugares (dê sugestões)_____

Bloco C – Comportamento e práticas sexuais

Como as próximas perguntas podem ser consideradas de caráter íntimo, gostaria que você as respondesse com sinceridade. Lembre-se de que suas respostas são inteiramente confidenciais e sigilosas. Por favor, marque um X na alternativa escolhida.

C1. Você já teve relações sexuais alguma vez na vida?

- Sim
- Não

C2. Em relação a sua prática sexual, você:

- Faz sexo **SÓ** com mulheres

- Faz sexo com homens **E** mulheres
- Faz sexo **SÓ** com homens

C3. Você usou camisinha na sua primeira relação sexual?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C4. Você já teve mais de um parceiro sexual em toda sua vida?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C5. Você já teve mais de dez parceiros sexuais em toda sua vida?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C6. Você usa camisinha?

- Sim, frequentemente
- Sim, às vezes
- Sim, raramente
- Não, nunca uso (se não, vá para a questão C22)

C7. Você e seu(sua) parceiro(a) usaram camisinha na última relação sexual?

- Sim
- Não

C8. Onde você consegue camisinha?

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Em um serviço público de saúde | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Em uma associação ou ONG | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

No local de trabalho	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em bares, boates, termas ou saunas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ganhei de um(a) agente de prevenção	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Escola	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Comprei	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

C9. Alguma vez você já fez o teste de HIV utilizando fluido oral/saliva?

- Sim, em uma campanha de rua
- Sim, no serviço de saúde
- Sim, em outro local
- Não

C10. Você utilizou PEP (Profilaxia Pós-Exposição), ou seja, o uso de medicamentos antirretrovirais para evitar o vírus da aids após uma exposição de risco?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C11. Você já utilizou Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) para HIV?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C12. Após a ocorrência dessas situações em que você se expôs ao risco sexual, você fez alguma outra coisa para evitar o vírus da aids?

- Fiz o teste de HIV depois de um tempo
- Não fiz nada, apesar da preocupação
- Não fiz nada, pois o(a) parceiro(a) me disse ou comprovou que era negativo(a)
- Uma pessoa conhecida me deu medicamentos para usar
- Fiz uma higiene pessoal

C13. Se o teste para HIV estivesse disponível para venda em farmácias, você o faria por conta própria para saber se você tem HIV/aids?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C14. Você tomaria um comprimido de antirretroviral (coquetel) todo dia se isso prevenisse a infecção pelo HIV?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C15. Você deixaria de usar camisinha se tomasse um comprimido de antirretroviral (coquetel) para prevenir aids todos os dias?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C16. Você teria um maior número de relações sexuais se tomasse um comprimido de antirretroviral (coquetel) para prevenir aids todos os dias?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C17. Você deixaria de tomar comprimido de antirretroviral (coquetel) por medo dos efeitos colaterais?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C18. Você deixaria de tomar comprimido de antirretroviral (coquetel) por medo das pessoas acharem que você tem HIV?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C19. Você concorda com a seguinte afirmação: “O uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas transem sem usar camisinha”?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C20. Isso já aconteceu com você?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C21. Na sua opinião, qual o risco de você se infectar com o vírus da aids?

- Nenhum risco
- Pouco
- Moderado (mais ou menos)
- Grande
- Não sei
- Não quero responder

C22. Porque você não usa camisinha?

- Porque a sensibilidade fica reduzida
- Porque causa alergia em mim ou no(a) meu(minha) parceiro(a)
- Porque tem mau cheiro
- Porque confio no(a) meu(minha) parceiro(a)

- () Porque diminui meu prazer sexual ou o do(a) meu(minha) parceiro(a)
- () Porque correr riscos me excita
- () Porque não me sinto em risco de ser infectado(a)

Apêndice D – Instrumento de Coleta de Dados – Terceiro Pré-Teste

Caro(a) colaborador(a),

O presente roteiro de entrevista refere-se a uma pesquisa desenvolvida no âmbito do Doutorado em Ciência da Informação da Universidade de Brasília – UnB, cujo objetivo é investigar o nível de conhecimento, as atitudes e as práticas sexuais no contexto da epidemia do HIV/aids.

A sua opinião é de grande importância para esta pesquisa, pois os dados coletados integrarão os resultados finais da pesquisa.

A entrevista será dividida em quatro blocos, a saber: (i) dados sociodemográficos; (ii) conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV; (iii) comportamento, atitudes e práticas sexuais de risco à infecção do HIV; e (iv) teste do HIV.

Participante nº: _____

Bloco A – Dados sociodemográficos

A1. Qual a sua idade? _____ anos

A2. Sexo:

() Masculino

() Feminino

A3. Qual o seu estado conjugal?

() Nunca fui casado(a)

() Separado(a)

() Casado(a) atualmente

() Divorciado(a)

() Vivo com companheiro(a) atualmente

() Viúvo(a)

A4. Qual o seu grau de escolaridade?

- Analfabeto(a)
- 1ª à 3ª série do ensino fundamental
- 4ª à 7ª série do ensino fundamental
- Ensino fundamental completo
- 1ª ou 2ª série do ensino médio
- Ensino médio completo
- Superior incompleto
- Superior completo

A5. Como você se classifica em relação à sua cor ou raça?

- Branco(a)
- Preto(a)
- Indígena
- Amarelo(a)
- Pardo(a)
- Não sei responder

A6. Qual a sua situação de trabalho atual?

- Servidor(a) público(a)
- Empregado(a) com carteira de trabalho
- Empregado(a) sem carteira de trabalho
- Trabalha por conta própria e não tem empregados
- Empregador(a)
- Não trabalha atualmente

A7. Quais e quantos dos itens abaixo existem na casa onde você mora?

- Televisão: não tem 1 2 3 4 ou +
- Rádio: não tem 1 2 3 4 ou +
- Banheiro: não tem 1 2 3 4 ou +
- Automóvel: não tem 1 2 3 4 ou +
- Empregada mensalista: não tem 1 2 3 4 ou +
- Máquina de lavar: não tem 1 2 3 4 ou +
- Videocassete ou DVD: não tem 1 2 3 4 ou +
- Geladeira: não tem 1 2 3 4 ou +

Freezer*: não tem () 1 () 2 () 3 () 4 ou + ()

*aparelho independente ou parte da geladeira duplex

A8. Você tem acesso à internet?

- () Sim, em casa
- () Sim, no trabalho
- () Sim, no celular
- () Sim, em outro lugar (por exemplo, uma *lan house*)
- () Não

Bloco B - Conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para a prevenção da transmissão do HIV

Neste bloco, gostaria de saber se você concorda ou discorda em relação às seguintes afirmações sobre conhecimento, formas de transmissão e estratégias para a prevenção da transmissão do HIV. Por favor, marque um **X** na alternativa escolhida.

B1. Se uma pessoa usar camisinha toda vez que tiver relação sexual, ela terá menos risco de se infectar pelo HIV.

- () Concordo
- () Discordo
- () Não sei
- () Não quero responder

B2. Se uma pessoa tiver relações sexuais somente com um parceiro fiel e não infectado pelo HIV, ela terá menos risco de se infectar.

- () Concordo
- () Discordo
- () Não sei
- () Não quero responder

B3. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV.

- () Concordo
- () Discordo

- Não sei
- Não quero responder

B4. Uma pessoa pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B5. Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições com alguém que está infectado.

- Concorda
- Discorda
- Não sei
- Não quero responder

B6. Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringas ou agulhas com outras pessoas.

- Concorda
- Discorda
- Não sei
- Não quero responder

B7. Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B8. Existe cura para a aids.

- Concordo
- Discordo

- Não sei
- Não quero responder

B9. Uma pessoa com HIV que está tomando corretamente o medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B10. Se uma mulher grávida estiver com o HIV, e ela receber tratamento durante a gravidez e no parto, o risco de passar o HIV para o filho diminui.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B11. Você já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV?

- Sim
- Não

B12. Você acha que tomar medicamentos antirretrovirais ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV pode funcionar para proteger você do HIV?

- Sim
- Não
- Não sei

B13. Se no Brasil estivessem disponíveis de graça, nos serviços de saúde, medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV, você tomaria esses medicamentos todos os dias para diminuir o risco de infecção pelo HIV?

- Sim, tomaria

- () Não precisaria tomar, pois nunca me exponho a situações de risco
- () Não, teria medo de tomar esses medicamentos todos os dias
- () Não, pois não gosto dos efeitos que esses medicamentos provocam
- () Não tenho certeza se esses medicamentos servem para evitar o HIV

B14. Você já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção, tais como sexo sem camisinha, rompimento da camisinha, violência sexual e acidente de trabalho?

- () Sim
- () Não

B15. Você acha que tomar medicamentos antirretrovirais para prevenir o HIV APÓS uma situação de risco de infecção pode funcionar para proteger você do HIV?

- () Sim
- () Não
- () Não sei

B16. Você já tinha ouvido falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV? Microbicidas são cremes ou géis utilizados no ânus durante a relação sexual para prevenir o HIV.

- () Sim
- () Não

B17. Você já tinha ouvido falar em circuncisão/“cirurgia de fimose” para prevenir a infecção pelo HIV?

- () Sim
- () Não

B18. Você já tinha ouvido falar em autotestagem domiciliar para o HIV? Autotestagem domiciliar é quando você mesmo(a) faz o teste do HIV em sua casa, da mesma forma que se faz um teste de gravidez.

- () Sim

Não

B19. Você faria a autotestagem domiciliar para saber se você tem HIV/aids?

Sim

Não

Não sei

B20. Você já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva?

Sim

Não

B21. Você acha que, se existisse um teste de HIV de saliva disponível para comprar nas farmácias, você faria o teste de HIV por conta própria para saber se você tem HIV/aids?

Sim

Não

Não sei

Não quero responder

B22. Caso queira realizar um teste de HIV/aids, você sabe onde ir?

Sim

Não

Não sei

B23. Você já buscou informação sobre prevenção à infecção pelo HIV?

Sim

Não

Se já buscou informação de prevenção à infecção pelo HIV, foi onde? Você pode selecionar mais de uma alternativa.

Cartazes, panfletos, *folders*

Televisão

Rádio

- Internet
- Jornais
- Escola
- Trabalho
- Instituição religiosa
- Serviço de saúde pública
- Serviço de saúde particular
- Atividades educativas (festas, shows, etc.)
- Família
- Amigos
- Outros lugares (quais?)_____

B24. Você acha que a informação disponível sobre prevenção à infecção do HIV é:

- Bastante suficiente
- Suficiente
- Nem suficiente, nem insuficiente
- Insuficiente
- Bastante insuficiente

B25. Você acha que a informação disponível sobre locais de acesso para você fazer o teste do HIV é:

- Bastante suficiente
- Suficiente
- Nem suficiente, nem insuficiente
- Insuficiente
- Bastante insuficiente

B26. Onde você gostaria de obter informações sobre HIV/aids? Você pode selecionar mais de uma alternativa.

- Cartazes, panfletos, *folders*
- Televisão
- Rádio
- Internet

- Jornais
- Escola
- Trabalho
- Instituição religiosa
- Serviço de saúde pública
- Serviço de saúde particular
- Atividades educativas (festas, shows, etc.)
- Família
- Amigos
- Outros lugares. Dê sugestões

Bloco C –Comportamento, atitudes e práticas sexuais de risco à infecção do HIV

Como as próximas perguntas podem ser consideradas de caráter íntimo, gostaria que você as respondesse com sinceridade. Lembre-se de que suas respostas são inteiramente confidenciais e sigilosas. Por favor, marque um **X** na alternativa escolhida.

C1. Você já teve relações sexuais alguma vez na vida?

- Sim
- Não **(se não, entregue seu questionário para o pesquisador)**

C2. Em relação a sua prática sexual, você:

- Faz sexo **SÓ** com mulheres
- Faz sexo com homens **E** mulheres
- Faz sexo **SÓ** com homens

C3. Você usou camisinha na sua primeira relação sexual?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C4. Você já teve mais de um parceiro sexual em toda sua vida?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C5. Você já teve mais de dez parceiros sexuais em toda sua vida?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C6. Você usa camisinha?

- Sim, frequentemente
- Sim, às vezes
- Sim, raramente
- Não, nunca uso (**se não, vá para a questão C20**)

C7. Você e seu(sua) parceiro(a) usaram camisinha na última relação sexual?

- Sim
- Não

C8. Onde você consegue camisinha? Por favor responder em todas opções.

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Em um serviço público de saúde | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Em uma associação ou ONG | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| No local de trabalho | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Em bares, boates, termas ou saunas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Ganhei de um (a) agente de prevenção | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Escola | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Comprei | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

C9. Alguma vez você já fez o teste de HIV utilizando saliva?

- Sim, em uma campanha de rua
- Sim, no serviço de saúde
- Sim, em outro local (onde?)

Não

C10. Você já usou medicamentos antirretrovirais para evitar o HIV APÓS uma exposição de risco?

Sim

Não

Não sei

Não quero responder

C11. Após a ocorrência de uma situação de risco em que você se expôs ao risco sexual, você fez alguma outra coisa para evitar o HIV?

Fiz o teste de HIV depois de um tempo

Não fiz nada, apesar da preocupação

Não fiz nada, pois o(a) parceiro(a) me disse ou comprovou que era negativo(a)

Uma pessoa conhecida me deu medicamentos para usar

Fiz uma higiene pessoal

Não me expus a nenhuma situação de risco

C12. Você tomaria medicamentos antirretrovirais todo dia se isso prevenisse a infecção pelo HIV?

Sim

Não

Não sei

Não quero responder

C13. Você deixaria de usar camisinha se tomasse medicamentos antirretrovirais todos os dias para prevenir a infecção pelo HIV?

Sim

Não

Não sei

Não quero responder

C14. Você teria um maior número de relações sexuais se tomasse medicamentos antirretrovirais todos os dias para prevenir a infecção pelo HIV?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C15. Você deixaria de tomar medicamentos antirretrovirais por medo dos efeitos colaterais?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C16. Você deixaria de tomar medicamentos antirretrovirais por medo das pessoas acharem que você tem HIV?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C17. Você concorda com a seguinte afirmação: “O uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas transem sem usar camisinha”?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C18. Isso já aconteceu com você?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C19. Na sua opinião, qual o risco de você se infectar pelo HIV?

- Nenhum

- Pouco
- Moderado (mais ou menos)
- Grande
- Não sei
- Não quero responder

C20. Por que você não usa camisinha? (Se você usa camisinha, vá para a questão D1.)

- Porque a sensibilidade fica reduzida
- Porque causa alergia em mim ou no(a) meu(minha) parceiro(a)
- Porque tem mau cheiro
- Porque confio no(a) meu(minha) parceiro(a)
- Porque diminui meu prazer sexual ou o do(a) meu(minha) parceiro(a)
- Porque correr riscos me excita
- Porque não me sinto em risco de ser infectado(a)

Bloco D – Teste do HIV

Neste bloco, você será perguntado sobre a realização de testes do HIV.

D1. Você já fez o teste para aids alguma vez na vida?

- Sim
- Não (**se não, vá para a questão D8**)
- Não me lembro/não quero responder

D2. Quando foi a última vez que você fez o teste do HIV?

- Há menos de 3 meses atrás
- Entre 3 e 6 meses atrás
- Entre 6 meses e 1 ano atrás
- Entre 1 e 2 anos atrás
- Há mais de 2 anos atrás
- Não fiz o teste para o HIV

D3. Em que local você fez o último teste do HIV?

- () CTA (centro de testagem e aconselhamento)
- () Outro serviço público de saúde
- () Banco de sangue para doação
- () No local em que trabalha
- () Laboratórios/clínicas particulares
- () Trailer
- () Campanha de rua
- () Outro local **(qual?)**
- () Não fiz o teste para o HIV

D4. Qual foi o principal motivo para você ter feito o último teste para o HIV?**(Marque uma opção).**

- () Pré-natal/parto
- () Sempre me testo periodicamente
- () No serviço de saúde me orientaram a fazer o teste periodicamente
- () Transei sem camisinha
- () Me expus a uma situação de risco (a camisinha estourou ou fui forçado(a) a não usar camisinha)
- () Doei sangue somente para me testar
- () Doei sangue porque precisei
- () Por curiosidade
- () O(a) parceiro(a) pediu
- () O(a) parceiro(a) está com o HIV
- () Desconfiei que o(a) parceiro(a) tinha o HIV
- () Por indicação médica
- () Outro motivo (qual?)_____
- () Não me lembro/não quero responder
- () Não fiz o teste para o HIV

D5. Ainda com relação ao seu último teste do HIV, você sabe o resultado?

- () Sim
- () Não (se não, vá para a questão D7)

() Não me lembro/não quero responder (se não se lembra/não quer responder, vá para a questão D7)

() Não fiz o teste para o HIV

D6. Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste?

() Positivo

() Negativo

() Não quero informar

() Não sei o resultado

() Não fiz o teste para o HIV

D7. Você já doou sangue alguma vez na vida?

() Sim, nos últimos 12 meses

() Sim, há mais de 20 anos

() Sim, entre um ano e 20 anos atrás

() Não

D8. Qual o principal motivo de você nunca ter feito o teste do HIV?

() Não me sinto em risco

() Não vejo motivo

() Não sei onde fazer o teste

() Tenho medo

() Tenho vergonha

() Outro motivo (qual?)

() Fiz o teste para o HIV

Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Terceiro Pré-Teste

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo geral investigar o conhecimento, atitude e prática no contexto da epidemia do HIV/aids da população geral no Distrito Federal – DF, Brasil.

O conhecimento científico advindo desta pesquisa trará como benefícios:

- (i) Subsidiar novas campanhas de prevenção ao HIV/aids, a partir do mapeamento das lacunas do conhecimento identificadas durante a execução desta pesquisa;
- (ii) Ampliar o acesso à informação sobre prevenção;
- (iii) Promover a racionalidade do processo de tomada de decisão informado por evidências científicas.

A realização desta pesquisa é requisito do curso de Doutorado em Ciência da Informação da Universidade de Brasília – UnB, e está sendo desenvolvida pela aluna Flávia Moreno Alves de Souza, orientanda da professora Ivette Kafure Muñoz.

Se você decidir participar, você responderá a um questionário de forma **anônima** (sem escrever o seu nome), com informações sobre condições socioeconômicas, práticas sexuais, estratégias de prevenção, uso de preservativo e conhecimento sobre transmissão do HIV.

Toda informação obtida nesta pesquisa é **confidencial**, estando garantida a privacidade dos dados e informações ora prestadas, preservando o seu anonimato, por ocasião da publicação do estudo. A participação nesta pesquisa é de **caráter voluntário**. Você poderá desistir de participar em qualquer momento, sem sofrer nenhuma sanção e/ou prejuízo.

Como participante, fico ciente de que será mantida minha confidencialidade ao mesmo tempo em que fui devidamente esclarecido sobre o uso da informação na pesquisa proposta.

Data: ___/___/_____

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis no link <http://repositorio.unb.br>.

Apêndice F – Instrumento de Coleta de Dados Final

Caro(a) colaborador(a),

O presente roteiro de entrevista refere-se a uma pesquisa desenvolvida no âmbito do Doutorado em Ciência da Informação da Universidade de Brasília – UnB, cujo objetivo geral é investigar o conhecimento, atitude e prática no contexto da epidemia do HIV/aids da população geral no Distrito Federal – DF, Brasil.

A sua opinião é de grande importância para esta pesquisa, pois os dados coletados integrarão os resultados finais da pesquisa.

A entrevista será dividida em quatro blocos, a saber: (i) dados sociodemográficos; (ii) Conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV e das estratégias da Prevenção Combinada do HIV; (iii) Comportamento sexual; e (iv) teste de HIV.

Participante nº: _____

Bloco A – Dados sociodemográficos

A1. Qual a sua idade? _____ anos

A2. Sexo:

() Masculino

() Feminino

A3. Qual o seu estado conjugal?

() Nunca foi casado (a)

() Separado(a)

() Casado(a) atualmente

() Divorciado(a)

() Vive com companheiro(a) atualmente

() Viúvo(a)

A4. Qual o seu grau de escolaridade?

- Analfabeto(a)
- 1ª à 3ª série do ensino fundamental
- 4ª à 7ª série do ensino fundamental
- Ensino fundamental completo
- 1ª ou 2ª série do ensino médio
- Ensino médio completo
- Superior incompleto
- Superior completo

A5. Como você se classifica em relação a sua cor ou raça?

- Branco(a)
- Preto(a)
- Indígena
- Amarelo(a)
- Pardo(a)
- Não sei responder

A6. Qual a sua situação de trabalho atual?

- Servidor(a) público(a)
- Empregado(a) com carteira de trabalho
- Empregado(a) sem carteira de trabalho
- Trabalha por conta própria e não tem empregados
- Empregador(a)
- Não trabalho atualmente

A7. Quais e quantos dos itens abaixo existem na casa onde você mora?

- Televisão: não tem 1 2 3 4ou +
- Rádio: não tem 1 2 3 4 ou +
- Banheiro: não tem 1 2 3 4 ou +
- Automóvel: não tem 1 2 3 4 ou +
- Empregada mensalista: não tem 1 2 3 4ou +
- Máquina de lavar: não tem 1 2 3 4ou +
- Videocassete ou DVD: não tem 1 2 3 4ou +
- Geladeira: não tem 1 2 3 4ou +

Freezer*: não tem () 1 () 2 () 3 () 4 ou + ()

*aparelho independente ou parte da geladeira duplex

A8. Você tem acesso à internet?

- () Sim, em casa
- () Sim, no trabalho
- () Sim, no celular
- () Sim, em outro lugar (por exemplo, uma *lan house*)
- () Não

A9. Onde você mora?

- () Asa Sul/Asa Norte/Lago Sul/Lago Norte
- () Núcleo Bandeirante/Candangolândia
- () Guará/Cruzeiro
- () Ceilândia
- () Brazlândia
- () Taguatinga
- () Samambaia
- () Recanto das Emas
- () Sobradinho
- () Planaltina
- () Paranoá
- () São Sebastião
- () Gama
- () Santa Maria

A10. Você tem religião?

- () Sim
- () Não

A11. Qual a sua religião?

- () Católica
- () Protestante histórica (Anglicana, Metodista, Presbiteriana, Batista, Adventista, outra)

- () Evangélica pentecostal ou neopentecostal (Assembleia de Deus, Universal do Reino de Deus, Internacional da Graça, Bola de Neve, Congregação Cristã do Brasil, Renascer em Cristo, etc.)
- () Espírita kardecista
- () Umbanda
- () Candomblé
- () Outra religião de raiz afro-brasileira (jurema, tambor de Mina, batuque)
- () Budismo
- () Igrejas inclusivas (Igreja Cristã Metropolitana, Comunidade Cristã Nova Esperança, Igreja para Todos, Comunidade Cidade Refúgio, Igreja Cristã Contemporânea, etc.)
- () Outra religião (qual?) _____

Bloco B – Conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para a prevenção da transmissão do HIV

Neste bloco, gostaria de saber se você concorda ou discorda em relação às seguintes afirmações sobre conhecimento, formas de transmissão e estratégias para a prevenção da transmissão do HIV. Por favor, marque um **X** na alternativa escolhida.

B1. Se uma pessoa usar camisinha toda vez que tiver relação sexual, ela terá menos risco de se infectar pelo HIV.

- () Concordo
- () Discordo
- () Não sei
- () Não quero responder

B2. Se uma pessoa tiver relações sexuais somente com um parceiro fiel e não infectado pelo HIV, ela terá menos risco de se infectar.

- () Concordo
- () Discordo
- () Não sei
- () Não quero responder

B3. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B4. Uma pessoa pode se infectar pelo HIV ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B5. Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando talheres, copos ou refeições com alguém que está infectado.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B6. Uma pessoa pode se infectar pelo HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B7. Uma pessoa pode se infectar pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B8. Existe cura para a aids.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B9. Uma pessoa com HIV que está tomando corretamente o medicamento para HIV/aids tem menos risco de transmitir o HIV para outra pessoa.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B10. Se uma mulher grávida estiver com o HIV, e ela receber tratamento durante a gravidez e no parto, o risco de passar o HIV para o filho diminui.

- Concordo
- Discordo
- Não sei
- Não quero responder

B11. Você já ouviu falar de medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV?

- Sim
- Não

B12. Você acha que tomar medicamentos antirretrovirais ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV pode funcionar para proteger você do HIV?

- Sim
- Não
- Não sei

B13. Se no Brasil, estivessem disponíveis de graça nos serviços de saúde, medicamentos antirretrovirais para serem tomados ANTES de fazer sexo com

outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV você tomaria todos os dias para diminuir o risco de infecção pelo HIV?

- Sim, tomaria
- Não precisaria tomar, pois nunca me exponho a situações de risco
- Não, teria medo de tomar esses medicamentos todos os dias
- Não, pois não gosto dos efeitos que esses medicamentos provocam
- Não tenho certeza se esses medicamentos servem para evitar o HIV

B14. Você já ouviu falar que existem medicamentos antirretrovirais para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção, tais como sexo sem camisinha, rompimento da camisinha, violência sexual, compartilhamento de instrumentos para uso de drogas e acidente de trabalho?

- Sim
- Não

B15. Você acha que tomar medicamentos antirretrovirais para prevenção do HIV APÓS uma situação de risco de infecção pode funcionar para proteger você do HIV?

- Sim
- Não
- Não sei

B16. Você já ouviu falar em microbicidas para prevenir a infecção pelo HIV? Microbicidas são cremes ou géis utilizados no ânus durante a relação sexual para prevenir o HIV.

- Sim
- Não

B17. Você já ouviu falar em circuncisão/“cirurgia de fimose” para prevenir a infecção pelo HIV?

- Sim
- Não

B18. Você já ouviu falar em auto testagem domiciliar para o HIV? Auto testagem domiciliar é quando você mesmo fazer o teste do HIV em sua casa, da mesma forma que se faz um teste de gravidez.

- Sim
- Não

B19. Você faria a autotestagem domiciliar para saber se você tem HIV/aids?

- Sim
- Não
- Não sei

B20. Você já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando saliva?

- Sim
- Não

B21. Você acha que se existisse um teste de HIV de saliva disponível para comprar nas farmácias, você faria o teste de HIV por conta própria para saber se você tem HIV/aids?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

B22. Caso queira realizar um teste de HIV/aids, você sabe aonde ir?

- Sim
- Não
- Não sei

B23. Você já buscou informação de prevenção à Infecção pelo HIV?

- Sim
- Não

B23.1 Se já buscou informação de prevenção à infecção pelo HIV, onde foi? Você pode selecionar mais de uma alternativa.

- Cartazes, panfletos, *folders*
- Televisão
- Rádio
- Internet
- Jornais
- Escola
- Trabalho
- Instituição religiosa
- Serviço de saúde pública
- Serviço de saúde particular
- Atividades educativas (festas, shows etc.)
- Família
- Amigos
- Outros lugares (quais?) _____

B24. Você acha que a informação disponível sobre prevenção à infecção do HIV é:

- Bastante suficiente
- Suficiente
- Nem suficiente, nem insuficiente
- Insuficiente
- Bastante insuficiente

B25. Você acha que a informação disponível sobre locais de acesso para você fazer o teste do HIV é:

- Bastante suficiente
- Suficiente
- Nem suficiente, nem insuficiente
- Insuficiente
- Bastante insuficiente

B26. Onde você gostaria de obter informações sobre HIV/aids? Você pode selecionar mais de uma alternativa.

- Cartazes, panfletos, *folders*
- Televisão
- Rádio
- Internet
- Jornais
- Escola
- Trabalho
- Instituição religiosa
- Serviço de saúde pública
- Serviço de saúde particular
- Atividades educativas (festas, shows, etc.)
- Família
- Amigos
- Outros lugares (dê sugestões) _____

Bloco C – Comportamento sexual

Como as próximas perguntas podem ser consideradas de caráter íntimo, gostaria que você as respondesse com sinceridade. Lembre-se de que suas respostas são inteiramente confidenciais e sigilosas. Por favor, marque um **X** na alternativa escolhida.

C1. Você já teve relações sexuais alguma vez na vida?

- Sim
- Não (se não, entregue seu questionário para o pesquisador)

C2. Em relação à sua prática sexual, você:

- Faz sexo **SÓ** com mulheres
- Faz sexo com homens **E** mulheres
- Faz sexo **SÓ** com homens
- Faz sexo **SÓ** com transexuais/travesti
- Faz sexo com transexuais/travesti e homens

- Faz sexo com transexuais/travesti e mulheres
- Faz sexo com transexuais/travesti, homens e mulheres

C3. Qual a sua orientação sexual? (Marque apenas uma resposta)

- Homossexual
- Bissexual
- Heterossexual

C4. Você usou camisinha na sua primeira relação sexual?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C5. Você já teve mais do que um parceiro sexual em toda sua vida?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C6. Você já teve mais de dez parceiros sexuais em toda sua vida?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C7. Você usa camisinha?

- Sim, frequentemente
- Sim, às vezes
- Sim, raramente
- Não, nunca uso (se não, vá para a questão C20)

C8. Você usou camisinha na última relação sexual?

- Sim

Não

C8.1. Se não, qual foi o motivo do não uso da camisinha? Você pode marcar mais de uma alternativa.

- Não tinha camisinha no momento
- Porque a sensibilidade fica reduzida
- Porque causa alergia em mim ou no(a) meu(minha) parceiro(a)
- Porque tem mau cheiro
- Porque confio no(a) meu(minha) parceiro(a)
- Porque diminui meu prazer sexual ou o do(a) meu(minha) parceiro(a)
- Porque correr riscos me excita
- Porque não me sinto em risco de ser infectado(a) pelo HIV
- Porque o uso de camisinha gera desconfiança entre os parceiros que têm relação afetiva
- Porque o HIV/aids só atinge grupos de risco

C9. Onde você consegue camisinha? Por favor, responder em todas opções.

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Em um serviço público de saúde | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Em uma associação ou ONG | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| No local de trabalho | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Em bares, boates, termas ou saunas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Ganhei de um(a) agente de prevenção | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Escola | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Comprei | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

C10. Alguma vez você já fez o teste de HIV utilizando saliva?

- Sim, em uma campanha de rua
- Sim, no serviço de saúde
- Sim, em outro local (qual?) _____
- Não

C11. Você já usou medicamentos antirretrovirais para evitar o HIV APÓS uma exposição de risco?

Sim

- Não
- Não sei
- Não quero responder

C12. Após a ocorrência de uma situação de risco em que você se expôs ao risco sexual, você fez alguma outra coisa para evitar o HIV?

- Fiz o teste de HIV depois de um tempo
- Não fiz nada, apesar da preocupação
- Não fiz nada, pois o parceiro me disse ou comprovou que era negativo
- Uma pessoa conhecida me deu medicamentos para usar
- Fiz uma higiene pessoal
- Não me expus a nenhuma situação de risco

C13. Você tomaria medicamentos antirretrovirais todo dia se isso prevenisse a infecção pelo HIV?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C14. Você deixaria de usar camisinha se tomasse medicamentos antirretrovirais todos os dias para prevenir a infecção pelo HIV?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C15. Você teria um maior número de relações sexuais se tomasse medicamentos antirretrovirais todos os dias para prevenir a infecção pelo HIV?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C16. Você deixaria de tomar medicamentos antirretrovirais por medo de efeitos colaterais?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C17. Você deixaria de tomar medicamentos antirretrovirais por medo das pessoas acharem que você tem HIV?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C18. Você concorda com a seguinte afirmação: “O uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas transem sem usar camisinha”?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C19. Isso já aconteceu com você?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não quero responder

C20. Na sua opinião, qual o risco de você se infectar pelo HIV?

- Nenhum
- Pouco
- Moderado (mais ou menos)
- Grande
- Não sei
- Não quero responder

C21. Por que você não usa camisinha? Você pode selecionar mais de uma alternativa. (Se você usa camisinha, não responda. Vá para a questão D1.)

- Porque a sensibilidade fica reduzida
- Porque causa alergia em mim ou no(a) meu(minha) parceiro(a)
- Porque tem mau cheiro
- Porque confio no(a) meu(minha) parceiro(a)
- Porque diminui meu prazer sexual ou o do(a) meu (minha) parceiro(a)
- Porque correr riscos me excita
- Porque não me sinto em risco de ser infectado(a) pelo HIV
- Porque o uso de camisinha gera desconfiança entre os parceiros que tem relação afetiva
- Porque o HIV/aids só atinge grupos de risco

Bloco D – Teste do HIV

Neste bloco, você será perguntado sobre a realização de testes do HIV.

D1. Você já fez o teste para o HIV alguma vez na vida?

- Sim
- Não (se não, vá para a questão D8)
- Não me lembro/não quero responder

D2. Quando foi a última vez que você fez o teste do HIV?

- Há menos de 3 meses
- Entre 3 e 6 meses atrás
- Entre 6 meses e 1 ano atrás
- Entre 1 e 2 anos atrás
- Há mais de 2 anos
- Não fiz o teste para o HIV

D3. Em que local você fez o último teste do HIV?

- CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento)
- Outro serviço público de saúde

- () Banco de sangue para doação
- () No local que trabalha
- () Laboratórios/clínicas particulares
- () Trailer
- () Campanha de rua
- () Outro local (qual?)
- () Não fiz o teste para o HIV

D4. Qual foi o principal motivo para você ter feito o último teste para o HIV? Você pode selecionar mais de uma alternativa.

- () Por achar que tinha algum risco
- () Pré-natal/parto
- () Sempre me testo periodicamente
- () No serviço de saúde me orientaram a fazer o teste periodicamente
- () Transei sem camisinha
- () Me expus a uma situação de risco
- () A camisinha estourou
- () Fui forçado(a) a não usar camisinha
- () Doei sangue somente para me testar
- () Doei sangue porque precisei
- () Por curiosidade
- () O(a) parceiro(a) pediu
- () O(a) parceiro(a) está com o HIV
- () Desconfiei que o(a) parceiro(a) tinha ou poderia ter o HIV
- () Por indicação médica
- () Outro motivo (qual?) _____
- () Não me lembro/não quero responder
- () Não fiz o teste para o HIV

D5. Ainda com relação ao seu último teste do HIV, você sabe o resultado?

- () Sim
- () Não (se não vá para a questão D7)
- () Não me lembro/não quero responder(se não se lembra/não quer responder, vá para a questão D7)

Não fiz o teste para o HIV

D6. Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste?

Positivo

Negativo

Não quero informar

Não sei o resultado

Não fiz o teste para o HIV

D7. Você já doou sangue alguma vez na vida?

Sim, nos últimos 12 meses

Sim, entre um ano e 20 anos atrás

Sim, há mais de 20 anos

Não

D8. Qual o principal motivo de você nunca ter feito o teste do HIV? Você pode selecionar mais de uma alternativa.

Não me sinto em risco

Não vejo motivo

Não sei onde fazer o teste

Tenho medo

Tenho vergonha

Tenho medo de sofrer estigma e discriminação se for HIV positivo

Outro motivo (qual?) _____

Fiz o teste para o HIV

D9. Caso fosse constatado que você tem HIV/aids, como você ficaria?

Tranquilo(a)

Preocupado(a)

Desesperado(a)

Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Instrumento de Coleta de Dados Final

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo geral investigar o conhecimento, atitude e prática no contexto da epidemia do HIV/aids da população geral no Distrito Federal – DF, Brasil.

O conhecimento científico advindo desta pesquisa trará como benefícios:

- (i) Subsidiar novas campanhas de prevenção ao HIV/aids, a partir do mapeamento das lacunas do conhecimento identificadas durante a execução desta pesquisa;
- (ii) Ampliar o acesso à informação de prevenção;
- (iii) Promover a racionalidade do processo de tomada de decisão informado por evidências científicas.

A realização desta pesquisa é requisito do curso de Doutorado em Ciência da Informação da Universidade de Brasília – UnB, e está sendo desenvolvida pela aluna Flávia Moreno Alves de Souza, orientanda da professora Ivette Kafure Muñoz.

Os riscos decorrentes da pesquisa referem-se à possibilidade de constrangimento ao responder às questões específicas sobre comportamento sexual; desconforto; e cansaço durante a coleta dos dados.

Para minimizar esses efeitos, as questões são claras e precisas. Caso você não se sinta confortável em responder a qualquer questão, não haverá insistência.

Se você decidir participar, você responderá a um questionário de forma **anônima** (sem escrever o seu nome), com informações sobre condições socioeconômicas; conhecimento sobre as formas de transmissão e as estratégias para prevenção da transmissão do HIV; comportamento sexual; e teste do HIV.

Toda informação obtida nesta pesquisa é **confidencial**, estando garantida a privacidade dos dados e informações ora prestadas, preservando o seu anonimato, por ocasião da publicação do estudo. A participação nesta pesquisa é de **caráter voluntário**, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem sofrer nenhuma sanção e/ou prejuízo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no repositório institucional da Universidade de Brasília em meio virtual, por meio do link <http://repositorio.unb.br>; na

Biblioteca Central da UnB; e na secretaria da Faculdade de Ciência da Informação em meio impresso, podendo ser publicados posteriormente em artigos científicos ou em congressos nacionais e/ou internacionais.

Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após o que serão destruídos.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com Flávia Moreno Alves de Souza pelo número (61) 99684-2373 via *WhatsApp* ou, ainda, envie e-mail para flaviamoreno1@yahoo.com.br.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas, cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do(a) participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1592 ou pelos e-mails cep_chs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 12h00 às 18h00, de segunda a sexta-feira. O CEP/CHS está localizado na Faculdade de Direito, Camp Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Como participante, fico ciente de que será mantida minha confidencialidade, ao mesmo tempo em que fui devidamente esclarecido(a) sobre o uso da informação na pesquisa proposta.

Data: ___/___/_____

