

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE BIBLIOTECONOMIA E COMUNICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA INFORMAÇÃO
CURSO DE BIBLIOTECONOMIA**

RAQUEL HERBCZ FRANÇA

**NÍVEL DE INFORMAÇÃO DOS ALUNOS DE BIBLIOTECONOMIA DA UFRGS
SOBRE O HIV/AIDS**

**PORTO ALEGRE
2005**

RAQUEL HERBCZ FRANÇA

**NÍVEL DE INFORMAÇÃO DOS ALUNOS DE BIBLIOTECONOMIA DA UFRGS
SOBRE O HIV/AIDS**

Monografia apresentada como requisito parcial para aprovação do TCC – Trabalho de Conclusão de Curso, do Departamento de Ciências da Informação da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profª Drª. Ida Regina C. Stumpf

**PORTO ALEGRE
2005**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: José Carlos Ferraz Hennemann

Vice-Reitor: Pedro Cezar Dutra Fonseca

FACULDADE DE BIBLIOTECONOMIA E COMUNICAÇÃO

Diretor: Valdir Jose Morigi

Vice-diretor: Ricardo Schneiders da Silva

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA INFORMAÇÃO

Chefe: Iara Conceição Bitencourt Neves

Vice-chefe: Jussara Pereira Santos

F814h

FRANÇA, Raquel Herbcz, 1978 -

Nível de Informação dos Alunos de Biblioteconomia da Ufrgs sobre o HIV/Aids/ Raquel Herbcz França. – Porto Alegre, 2005.

il. ; 106 f.

Inclui Bibliografia

1. Biblioteconomia. 2. HIV/Aids no RS. I. Título

Departamento de Ciências da Informação

Rua Ramiro Barcelos, 2705

Campus Saúde

Bairro Santana

Porto Alegre – RS

CEP 90035-007

Fone: (51) 3316-5146

Fax: (51) 3330-6635

E-mail: fabico@ufrgs.br

Dedico este trabalho ao meu filho João Vitor, a quem tive a honra de trazer a este mundo, por ter me devolvido a vontade de seguir adiante. A ele que é meu solzinho, minha luz, minha grande realização, e o sorriso mais lindo que já vi!

*“...porque foste em minh’alma
como um amanhecer,
porque foste o que tinha de ser...”*

(Vinícius de Moraes)

Agradecimentos

Agradeço à Prof. Ida Stumpf por sua orientação e atenção constantes, pela paciência e pela experiência que pude adquirir com nosso convívio, que com certeza ajudou a influenciar minhas futuras escolhas profissionais.

À Prof. Ana Maria Moura por sempre ter sido muito generosa comigo durante a graduação.

Ao PSTU pela noção de realidade que me deu enquanto fui militante, por ter mantido meus pés no chão em um mundo de aparências.

Ao Centro Espírita Francisco Xavier pela paz e por me permitir auxiliar e ser auxiliada sempre.

À Kaká, minha irmã de alma, por sempre estar no lugar certo e na hora certa, te amo!

À Andréa, minha terapeuta e guru espiritual, por ter me devolvido a confiança em mim, e nunca me deixar desistir, por toda a dedicação, pela amizade, muuuuuuuuito obrigada! Que Deus te abençoe sempre!

À toda a equipe do Somos, pela excelente experiência que me proporcionaram, principalmente à Sabrina, pela preocupação, ao Gustavo Menezes pelas dicas preciosas e ao Paulo Alencastro pela importância que deu ao meu trabalho desde o início, beijocas a todos!

Aos meus vizinhos Airton e Helena por contribuírem com a apresentação física deste trabalho, muito obrigada pela ajuda importantíssima!

Aos meus sogros queridos Janete e Abílio, por todo o apoio logístico, eles sabem do que eu estou falando, e pelos inúmeros momentos de descontração e boas risadas. Adoro vocês!

Ao meu pai, que me ensinou o valor do estudo, apesar de tudo, obrigada!

À minha mãe, pelos seus telefonemas reconfortantes sempre com uma palavra de mãe para me tranquilizar durante este ano doido. Pois é minha querida, contrariando uma série de acontecimentos eu consegui chegar aqui. O mérito também é seu!

E por último, ao grande amor da minha vida, Fábio, meu companheiro, meu melhor amigo, minha casa, meu chão, não tenho palavras...

*“tu e eu, amor meu,
estamos juntos,
juntos desde à roupa às raízes,
juntos de outono,
de água,
de quadris,
até ser só tu,
só eu juntos.”*

(Pablo Neruda)

“Sem corrigirmos a injustiça sócio-econômica que existe tanto dentro das nações quanto entre o mundo desenvolvido e em desenvolvimento, os pobres (tanto no Norte quanto no Sul) continuarão a sofrer o maior impacto de uma epidemia que já se tornou íntima da pobreza e da miséria.”

(Richard Parker, 2000)

RESUMO

O estudo tem como objetivos analisar o nível de conhecimento e necessidades de informação dos alunos do curso de Biblioteconomia da UFRGS com relação ao HIV/Aids, assim como os meios e as fontes que utilizam para se manter informados sobre o tema. Contextualiza o estudo apresentando a situação da epidemia por HIV/Aids no Estado do Rio Grande do Sul. Em seu referencial teórico, aborda temas como sociedade de informação, usuário de informação, necessidades de informação, fontes de informação, informação pública e social, e todos os aspectos do HIV/Aids. A investigação é do tipo exploratória, com abordagem quanti-qualitativa e a análise baseada nos dados obtidos através de formulário respondido pelos alunos no final do primeiro semestre letivo de 2005. Oferece sugestões de iniciativas e medidas importantes que os bibliotecários podem adotar para diminuir a falta de informação sobre o assunto na comunidade em que atuam. Conclui que os estudantes precisam aprender mais sobre o tema, principalmente sobre tratamento. Mostra também que os alunos têm interesse em aprender, e que sabem onde buscar informação disponível sobre o HIV/Aids. Com isso podem, se for de seu interesse, levar informação a todos e cumprir com seu papel social de agentes transmissores de informação para transformar a sociedade em que vivem.

ABSTRACT

This work aims at analyzing the level of knowledge and necessities of information of UFRGS Biblioteconomy pupils in relation to HIV-AIDS, as well as the means and sources they use in order to keep informed about the subject. The work is contextualized by presenting the situation of HIV-AIDS in Rio Grande do Sul. In its theoretical reference, it copes with topics such as information society, information user, necessities of information, sources of information, public and social information and all the aspects of HIV-AIDS. The research is classified as exploratory, with quanti-qualitative abortion and the analyses based on the data obtained through a form answered by the pupils at the end of the first term of 2005. It offers suggestions on important initiatives and measures that the library staff should adopt to diminish the lack of information on the topic in the community they take part. It concludes that the pupils need to learn more about the topic, mainly about treatment. It also shows that the pupils have interest in learning and that they know where to look up available information on HIV-AIDS. This way, they can, if this is their interest, take this information to everybody and meet their social role of information transmission agents so as to change the society they live in.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – DST mais Citadas.....	59
GRÁFICO 2 – Uso do Preservativo.....	61
GRÁFICO 3– Motivos para não Usar Preservativo.....	61
GRÁFICO 4 – Meios de Evitar a Transmissão do HIV mais Citados.....	63
GRÁFICO 5 – Percepção do Risco de Contaminação pelo HIV.....	66
GRÁFICO 6 – Formas de Tratamento mais Citados.....	68
GRÁFICO 7 – Locais de Testagem mais Citados.....	70
GRÁFICO 8 – Meios de Comunicação e Fontes de Informação.....	71
GRÁFICO 9 – Opinião sobre Fontes de Informação – Campanhas.....	72
GRÁFICO 10 – Opinião sobre Fontes de Informação – Publicações Científicas.....	72
GRÁFICO 11 – Opinião sobre Fontes de Informação – Publicações em Geral.....	73
GRÁFICO 12 – Opinião sobre Fontes de Informação -Folders.....	74
GRÁFICO 13 – Locais das Palestras.....	75
GRÁFICO 14 – Opinião sobre a Palestra.....	75
GRÁFICO 15 – Necessidades de Informação sobre HIV/Aids.....	76
GRÁFICO 16 – Nível de Conhecimento Sobre HIV/Aids.....	77
GRÁFICO 17– Opinião sobre Campanhas.....	79
GRÁFICO 18 – O que Deve ser Divulgado nas Campanhas.....	81
GRÁFICO 19 – O que não Deve ser Divulgado em Campanhas.....	82
GRÁFICO 20 – Melhor Forma de Atingir Estudantes Universitários.....	83

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Distribuição das Questões.....	56
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Número de Adultos com Aids no Estado por Ano de Diagnóstico: incidência, óbitos e prevalência – 1981/julho de 2004.....	48
TABELA 2 - Número de Casos de Aids: distribuição por sexo em adultos por ano de diagnóstico – 1981/julho de 2004.....	49
TABELA 3 - Número de Casos de Aids Notificados à SES/RS: distribuição por escolaridade em adultos por ano – 1983 / julho de 2004.....	51
TABELA 4 – Faixa Etária dos Respondentes.....	58
TABELA 5 – Sexo dos Respondentes.....	58
TABELA 6 – Transmissão do HIV.....	64

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (inglês)
ARV	Antiretrovirais
BEMFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar
CRS/RS	Coordenadorias Regionais de Saúde no Estado do RS
DO	Doenças Oportunistas
FEE/RS	Fundação de Economia e Estatística do Estado do RS
GAPA/RS	Grupo de apoio à Prevenção da Aids
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IO	Infecções Oportunistas
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids
SES/RS	Secretaria Estadual de Saúde do Estado do RS
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (espanhol)
UDI	Usuário de Droga Injetável
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 JUSTIFICATIVA.....	13
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 Sociedade da Informação.....	16
3.2 Usuários de Informação.....	20
3.3 Necessidades de Informação.....	22
3.4 Fontes de Informação.....	26
3.5 Informação Pública e Social.....	28
3.6 HIV/Aids – “O grande Mal do Século”	32
3.6.1 O que é a Aids.....	34
3.6.2 Primeiros Diagnósticos.....	34
3.6.3 Etiologia.....	35
3.6.4 Transmissão.....	36
3.6.5 Prevenção.....	38
3.6.6 Testes anti-HIV.....	39
3.6.7 Fases Clínicas da Infecção.....	42
3.6.8 Tratamento e Antiretrovirais.....	43

3.6.9 Doenças Oportunistas.....	45
3.7 O HIV/Aids no Estado do Rio Grande do Sul.....	45
4 METODOLOGIA.....	55
4.1 Tipo de Estudo.....	55
4.2 Sujeito da Pesquisa.....	55
4.3 Instrumento de Coleta de Dados.....	55
4.4 Procedimentos de Coleta de Dados.....	56
4.5 Tratamento dos Dados.....	57
5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	58
5.1 Caracterização da Amostra.....	58
5.2 Nível de Informação – Prevenção, Transmissão e Tratamento.....	59
5.2.1 Prevenção.....	59
5.2.2 Transmissão.....	62
5.2.3 Tratamento.....	67
5.3 Meios de Comunicação e Fontes de Informação.....	70
5.4 Necessidades de Informação.....	76
5.5 Sugestões para Campanhas.....	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	95
APÊNDICE A – Glossário de Termos Relacionados ao HIV/Aids.....	97
APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados.....	102

1 JUSTIFICATIVA

Apesar de a sociedade estar vivendo em 2005, ou seja, entrando na terceira década da epidemia de HIV/Aids, ainda há pessoas que sabem muito pouco a respeito deste problema tão sério. A única coisa que todo mundo sabe é que a Aids não tem cura.

O coquetel com antiretrovirais significou um grande avanço no tratamento da doença criando grandes expectativas, no entanto, o número de novos casos de infecções continuou alto ano após ano, desde o advento das drogas. Infelizmente, da mesma forma que a Medicina não pôde controlar a epidemia até então, a sociedade em todos estes anos não foi capaz de abolir o preconceito criado com relação à doença.

As pessoas portadoras do HIV (soropositivos) ou as pessoas doentes de Aids ainda são vistas não como vítimas, mas como pessoas que tiveram algum comportamento – digamos imoral – que as conduziu a tal situação. Nem mesmo as crianças escapam de ser objeto de medo e indiferença por parte de indivíduos absolutamente mal informados com respeito ao assunto.

Vive-se na sociedade da informação em que existe uma pandemia, da qual milhões de pessoas foram ou são vítimas da doença, e mesmo assim, ainda há muitas dúvidas e muitas impressões errôneas. Foi pensando na questão - qual o nível de informação dos alunos do curso de Biblioteconomia da UFRGS - que este estudo verificou suas necessidades de informação, e analisou quais os meios e as fontes utilizados por eles para o acesso a estas informações.

O estudo partiu do pressuposto que o profissional da informação e, conseqüentemente, do aluno que se prepara para tal, deve saber usar a informação para proveito próprio. E que, se ele não se mantém informado ou não sabe onde buscar informação sobre um assunto que diz respeito a sua saúde, pode-se então questionar que tipo de profissional virá a ser. Neste caso em particular, quando se pensa que os futuros bibliotecários têm como responsabilidade social a transmissão do conhecimento. E também por que, segundo os dados da epidemia no Estado, quanto maior o nível de escolaridade, maior o nível de informação das pessoas sobre o HIV/Aids e menores as chances de serem contaminadas.

Acredita-se que o trabalho possa servir como instrumento de consulta para as organizações que trabalham para a prevenção do HIV/Aids, oferecendo subsídios para sua atuação junto a estudantes universitários e para próximas campanhas. Espera-se ainda que possa contribuir com a discussão a respeito do papel social do bibliotecário, que ao divulgar conhecimentos desta espécie está fortalecendo o processo democrático e diminuindo os desníveis informacionais existentes na população.

Este profissional também precisa estar preparado para atuar na sociedade onde está inserido, devendo ser uma ponte entre os usuários e a informação, a fim de que se construa uma sociedade mais justa e humana.

2 OBJETIVOS

Baseado na sua justificativa, este estudo tem os seguintes objetivos:

2.1 Objetivos Gerais

Analisar o nível de conhecimento a respeito do HIV/Aids dos alunos do curso de Biblioteconomia da UFRGS, em relação à prevenção, ao tratamento e à transmissão; identificar os meios e as fontes que estes utilizam para suprir suas necessidades sobre o tema.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o nível de informação dos estudantes do curso de Biblioteconomia da UFRGS, em relação à transmissão, prevenção e tratamento do HIV/Aids;
- Identificar os meios de comunicação e as fontes em que os alunos obtém informação sobre HIV/Aids;
- Identificar suas necessidades de informação sobre transmissão, prevenção e tratamento do HIV/Aids;
- Obter sugestões para campanhas sobre HIV/Aids baseadas nas necessidades de informação dos alunos;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor embasar o trabalho são abordados neste item os seguintes subitens: Sociedade de Informação, Usuários de Informação, Necessidades de Informação, Fontes de Informação, Informação Pública e Social, e HIV/Aids – “O grande Mal do Século”.

3.1 Sociedade de Informação

Enquanto a sociedade industrial trouxe fundamentalmente elementos como máquinas e ferramentas, trabalhadores especializados, produção em série entre outros, voltados exclusivamente para a produção de bens materiais, a sociedade pós-industrial se consolida na experiência organizacional, no investimento em tecnologia de ponta, na produção modular, e na informação, ou seja, na geração de serviços e na produção e transmissão da informação (SANTOS, 1990). Essas mudanças passam a acontecer nos anos 50, quando os esforços científicos, tecnológicos e políticos têm o objetivo de informatizar toda a sociedade.

A relação entre fornecedores e usuários do conhecimento e o próprio conhecimento tende cada vez mais a assumir a forma de valor, nos dando uma idéia de que o saber é e será produzido para ser vendido e será consumido para ser valorizado numa nova produção nos dois casos para ser trocado (LYOTARD, 1986). Desse modo, a informação passa a significar um recurso estratégico, de agregação de valor e elemento competitivo na política e economia.

Estas diferenças podem ser elucidadas, segundo Borges (2000) se compararmos as organizações sociais: de um lado temos a empresa da Sociedade Industrial, com seu enfoque analítico/atomístico; seu individualismo; sua autoridade centralizadora; seu caráter paternalista

e autocrático; sua especialização excessiva; sua valorização por quantidade, onde a grande alavanca é o dinheiro e o sucesso é medido pelo investimento em máquinas e instalações.

De outro lado temos a Sociedade de Informação, com seu enfoque macro/ holístico, com a igualdade de direitos, com a autoridade adulta e democrática, onde a alavanca do desenvolvimento é o homem. Nesta Sociedade, a informação é um produto, um bem comercial; o saber é um fato econômico; não há distância entre a fonte de informação e o usuário porque os dados viajam até as pessoas; onde as tecnologias criaram novos mercados e, conseqüentemente, novos serviços e empregos; e o usuário de informação pode ser o produtor ou o gerador de informação, entre outros. É preciso, no entanto ressaltar que nesta sociedade o poder se esconde, a fim de não ser percebido e, desse modo, pode causar maior influência, usando o conhecimento para “imbecilizar”. Isto também acontece com a informação, cujo objetivo principal pode ser de desinformar, porque o conhecimento é ambivalente e assim como pode ser nossa arma de emancipação, também pode ser a arma da nossa dominação (DEMO, 2000).

Neste mesmo sentido, pode-se dizer que um ponto importante a respeito da sociedade de informação se refere à dicotomia do seu objetivo – a informação tanto pode ser fator de dominação quanto de libertação (CARVALHO; KANINSKI, 2000). Da mesma forma pode ser explicada sob dois aspectos: o primeiro seria do desenvolvimento do conhecimento como base emancipatória, trazendo condições mais favoráveis de autonomia, e o segundo se refere à competitividade econômica baseada na produção e no uso intensivo do conhecimento, que revela que a dinâmica desta sociedade se dá hegemonicamente pelo mercado neo liberal (DEMO, 2000).

Todos os países centrais que historicamente lutaram pelo domínio territorial, pelo acesso e exploração de matérias primas e força produtiva barata, atualmente competem também pelo domínio do conhecimento científico e tecnológico. Lembrando Marx, podemos crer que estamos vivendo a “mais-valia relativa”, uma vez que a produção econômica não é mais alimentada essencialmente pela força física do trabalhador, mas por sua inteligência (SÁNCHEZ GAMBOA, 1997).

A sociedade de informação trouxe um agravamento dos desníveis entre os países, não só do ponto de vista econômico e militar como do ponto de vista intelectual, a partir da detenção dos direitos autorais sobre tecnologias e da apropriação do conhecimento, e isto se dá através do controle do acesso á informação (SILVEIRA, 2000). Na mesma linha, Sánchez Gamboa (1997, p.40-41), afirma que “[...] as informações estão carregadas de estilos de vida, visão de mundo, valores, contravalores. Seus conteúdos estão sempre direcionados pelo interesses humanos, geralmente em proveito dos grupos que controlam estas informações [...]”.

Alguns fatos evidenciam esta realidade. Quando se compara o tratamento dado aos diferentes tipos de informação, por exemplo, fica claro que as informações necessárias para o processo produtivo, para a tomada de decisões e, para geração de tecnologias são extremamente controladas, ou escondidas. No entanto, as informações que propiciam confusão, distração, ideologias desmobilizadoras ou concepções fantasiadas da realidade são “democraticamente” veiculadas, formando uma sociedade de consumidores, que absorvem informações insignificantes. Este fato prova segundo Sánchez Gamboa (1997) que a revolução informacional é incompleta porque não modificou as relações de poder, ou seja, os grupos que controlam o processo produtivo e se apropriam das inovações acumulam mais

poder, uma vez que concentram os benefícios econômicos resultantes do desenvolvimento científico-tecnológico, enquanto a maior parte das pessoas continuam à parte deste processo.

De acordo com Miranda (2000), um dos indicadores mais importantes de desenvolvimento da sociedade de informação, é o grau de penetração das Tecnologias de Informação e Conhecimento (TIC) na vida das pessoas e que, a sociedade de informação em escala planetária vem desenvolvendo grandes estoques de informação os quais estão disponíveis pra todos os públicos, permitindo o compartilhamento de conhecimentos, informações e dados, promovendo o desenvolvimento do capital humano, assim como os princípios de solidariedade entre os povos. No entanto, esta “globalização” é um processo desigual, podendo ser considerada como a ocidentalização dos valores culturais em nossos tempos, onde se encontra o “sujeito pós-moderno” que não teria uma identidade fixa ou permanente, mas sim, está sujeito a formações e transformações contínuas.

Este pode ser um dos fatores decorrentes da flexibilidade, que segundo Werthein (2000), se constitui de base do novo paradigma da informação embutido nesta sociedade. É ela que incorpora à essência do paradigma a idéia de “aprendizagem”, de mudança, e de reorganização. Este deve ser o propósito desta sociedade - educar - porque informação sempre foi “insumo básico de desenvolvimento”.

A Sociedade de Informação exige que as áreas do conhecimento busquem cada vez mais se adequar ao perfil necessário para se inserir neste novo contexto mundial, uma vez que esta sociedade é uma realidade, e que ela é uma resposta à dinâmica da evolução, e do aumento das inovações, onde a interdisciplinaridade é um fator determinante. Portanto, o caso das bibliotecas não deve ser diferente. Ao contrário, elas devem acelerar a integração entre usuários e fontes de informação, cooperando com este processo à medida que disponibilizam

acesso à informação, e com isso, se tornarem agentes interativos nas mudanças das práticas sócio-culturais e político-econômicas.

3.2 Usuários de Informação

O usuário de informação é aquele indivíduo que necessita da informação para o desenvolvimento de suas atividades. Isto significa dizer que todos nós somos usuários porque, em algum momento, necessitamos de alguma informação para realizar as muitas tarefas que temos em nosso dia a dia (SANZ CASADO, 1994). Ele pode ser responsável pela existência, manutenção, distribuição de recursos e políticas da unidade de informação, enquanto administrador ou membro do conselho de direção da unidade de informação ou da direção da instituição à qual a unidade está ligada, e ainda como contribuinte. O fato é que o usuário intervém em diversos momentos, uma vez que a unidade de informação faz seu planejamento em função de seus usuários e de suas necessidades e demandas.

Isto se dá pelo fato de o usuário ser uma peça fundamental em todos os sistemas de informação, uma vez que estes sistemas existem com a finalidade de transferir informação entre dois ou mais interlocutores, independente da distância em que se encontram. Embora se adote genericamente o termo usuário, não se pode perder de vista a multiplicidade dos papéis que ele exige, assim como definir as políticas relativas a cada um de seus papéis, uma vez que, segundo Guinchat (1994), ele interage com as unidades de informação e esta interação pode se dar em diversos momentos.

Como afirma Sanz Casado (1994), existem dois grandes grupos de usuários, chamados de usuários potenciais e usuários reais. Os usuários potenciais são aqueles que necessitam da informação para realizar suas atividades, embora nem sempre sejam conscientes disso e, portanto, não chegam a expressar suas necessidades. Eles são aqueles usuários com quem a unidade de informação deve estar preocupada, aqueles a quem ela deve atender para que se tornem efetivos, ou todos que a unidade de informação tem capacidade de atender – ainda que não atenda.

Os usuários reais ou efetivos são aqueles que, além de serem conscientes de que necessitam de informação, utilizam-na freqüentemente. Talvez, por este motivo, a maioria dos estudos sejam feitos em função da análise das necessidades e demandas deste tipo de usuário. Fato esse que ocasiona a falta de informação sobre os usuários potenciais, e dificulta a avaliação das unidades de informação, que precisam estar preparadas para recebê-los e satisfazer suas necessidades e demandas. Por este motivo, Sanz Casado (1994), organiza os usuários em quatro grandes grupos conforme seu tipo:

- Pesquisadores e professores: precisam de informação exaustiva e pouco elaborada, e interessa-lhes tudo que é publicado em sua área de atuação. No sentido de se adequar as suas necessidades e demandas de informação é preciso dividi-los em quatro subcategorias, ou áreas distintas: a dos cientistas puros e experimentais, a dos técnicos, a dos cientistas sociais e dos humanistas. Todos eles apresentam características parecidas. Em sua maioria utilizam fontes primárias de informação, como os periódicos, as monografias, as atas de congresso, as teses, os manuais e os contatos pessoais, e como fontes secundárias os boletins de índices de resumos e as bases de dados;

- Os usuários de indústria: são mais heterogêneos e necessitam de informação mais específica e elaborada que contenha problemas concretos e soluções definidas. Utilizam informações a respeito do seu trabalho no sentido tecnológico, comercial e de marketing, dependendo, é claro, do ramo da empresa. As fontes mais usadas por eles são os periódicos, as patentes, os informes, e assim como os pesquisadores eles não só necessitam informação como também produzem informação com a diferença de se tratar em sua maioria de informações sigilosas (sigilo Industrial);

- O usuário administrador, o planejador e o político: formam o tipo de usuário mais desconhecido na bibliografia. As informações das quais necessitam devem ser muito elaboradas, e sintetizadas para facilitar-lhes o uso, assim como devem ser variadas e devem conter diversos pontos de vista, uma vez que vão influenciar em suas decisões, como os jornais e os informes específicos sobre os assuntos com que estejam trabalhando;

- Os usuários comuns ou cidadãos: também são bastante heterogêneos, com necessidades de informação bem variadas que, em sua maioria estão ligadas às suas atividades e seus interesses. Costumam ler jornais, revistas, livros de literatura, e também navegar na Internet. Têm o perfil do tipo de usuários que freqüentam as bibliotecas públicas.

Todos estes tipos têm suas particularidades quanto ao uso da informação, que são fruto de suas vivências e do tipo de trabalho que realizam, e todos eles merecem estudos bem elaborados, para que as unidades de informação tenham condições de melhor atendê-los. No entanto, independente da categoria ou grupo ao qual pertencem os usuários de informação, o importante é que os profissionais da informação tenham claro que eles são agentes essenciais na concepção, enriquecimento, adaptação, estímulo e funcionamento de qualquer sistema de informação, e que a finalidade de sua profissão é prestar serviço aos usuários.

São eles a ‘razão de ser’ de uma biblioteca, afinal por que elas existiriam e o que fariam sem eles? O que fariam sem ter para quem transferir informação? Por fim, segundo Guinchat (1994, p. 482), o usuário “deve ser a base da orientação e da concepção das unidades de informação e dos sistemas de informação, a serem definidos em função de suas características, de suas atitudes, de suas necessidades e de suas demandas.”

3.3 Necessidades de Informação

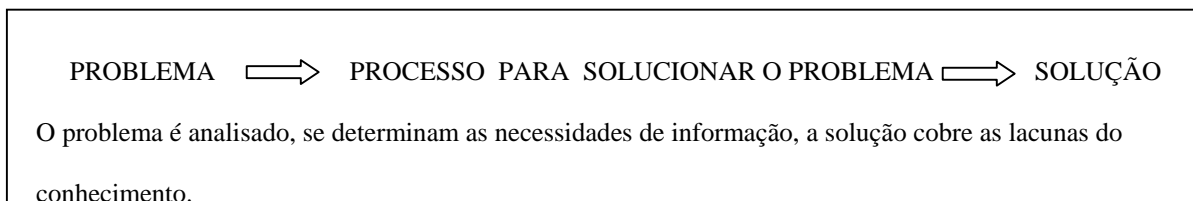
É mais difícil do que aparenta ser falar a respeito de necessidades de informação. Elas nem sempre são formalizadas, uma vez que a coleta e o tratamento da informação não são atividades realizadas isoladamente, mas sim, parte permanente de um conjunto de tarefas de cada indivíduo. Cada um desses indivíduos recebe uma quantidade significativa de informação e dispõe ainda de outras informações recebidas em sua formação e experiências. Por isto pode-se dizer que as necessidades de informação mudam em função da “natureza das tarefas realizadas e de sua evolução”

(GUINCHAT, 1994, p.484).

Segundo Sanz Casado (1994, p.24), a necessidade de informação é a “sensação de carência de algo”. Também pode ser aquilo que o indivíduo precisa para a realização de seu trabalho, sua pesquisa e sua educação, ou seja, as necessidades de informação de cada usuário são conseqüências dos fatores materiais e psicológicos que lhe cercam (FIGUEIREDO, 1994).

Mas não é só isto. De acordo com Hnprasad (2000), as necessidades de informação podem ser uma relação que se estabelece entre a informação e o propósito da informação,

uma vez que a informação se origina ou é gerada por que existe uma necessidade ou interesse. O autor afirma que uma necessidade pode ser expressa com um modelo de entrada-processo-saída, por exemplo:



Estudos deste tipo passaram por diversas fases desde o seu início nos anos 40 até hoje, e pode-se delinear algumas considerações gerais sobre eles. Até a década de 70, os estudos eram orientados ao uso de uma biblioteca ou de um grupo de usuários, a respeito da obtenção da informação para desempenhar suas atividades (FERREIRA,1997). Seus objetivos eram determinar os documentos mais utilizados; descobrir hábitos dos usuários para obter informações nas fontes disponíveis; estudar a aceitação das inovações tecnológicas da época; evidenciar o uso feito dos documentos; pesquisar as maneiras para obtenção de acesso aos documentos; e determinar demoras toleráveis (FIGUEIREDO, 1994).

Enquanto estes estudos são dirigidos para o uso das bibliotecas, outros trazem um panorama mais abrangente, que têm contribuído para a implementação de novos serviços e sistemas de informação. Um deles é a identificação de novos fatores influenciadores das necessidades de informação como, por exemplo, as características e atributos do indivíduo, ou seja, suas preferências, faixa etária, nível educacional, suas experiências, etc. Estas características são determinantes de sua necessidade de informação, embora elas também sejam influenciadas pela organização dos sistemas, ou a necessidade do conteúdo temático. De

acordo com Ferreira (1997), existem dois tipos de abordagens para o estudo de necessidades de informação que sinteticamente seriam:

- Abordagem Tradicional: consiste em estudos dimensionados sob a ótica do sistema de informação ou da biblioteca, e são voltados ao conteúdo - estudos baseados nos modelos de classificação do conhecimento - apesar destes serem desconhecidos pelos usuários, continuam servindo de denominadores para a organização da informação; e voltados à tecnologia - estudos que enfocam o uso de fontes, computadores ou o próprio sistema - enfatizando a maneira como isto afeta o armazenamento, a acessibilidade e a disseminação da informação. Em ambos os casos, o usuário é somente informante, e nunca o objeto de estudo. Partem do princípio que a eficiência e o sucesso das operações de um sistema de informação, possam ser dimensionadas pelo número de fontes recuperadas, em contraponto aos interesses dos usuários. Significaria dizer que todos se interessam pelas mesmas fontes, ignorando o fato de que cada ser humano cria sua própria realidade, baseada em seus estoques internos de informação, os quais utilizam para compreender as informações externas e as situações diversas;

- Abordagens alternativas ou direcionadas sob a ótica do usuário: caracterizam-se por observar o ser humano como ser construtivo e ativo; por considerar cada pessoa como ser orientado situacionalmente; por visualizar de forma holística as experiências de cada indivíduo; por fazer análise sistemática sobre a individualidade das pessoas; e por utilizar maior orientação qualitativa. Esta abordagem posiciona a informação como algo construído pelo ser humano e visualiza o indivíduo em constante processo de construção, “livre para criar o que quiser junto aos sistemas ou às situações” (FERREIRA, 1997, p. 11).

Necessidades de informação ainda devem ser definidas em plano individual, destacando-se atenção para o tempo e espaço específicos experimentados pelo elemento em particular. Ferreira (1997, p.11), também aponta quatro vertentes distintas de abordagens alternativas nas Ciências da Informação, as quais serão brevemente citadas, por não se tratarem de objeto deste estudo: Abordagem de “Valor Agregado”; Abordagem do “Estado do Conhecimento Anômalo”; Abordagem do “Processo Construtivista”; e a Abordagem Sense-Making.

Uma necessidade envolve o conhecimento de um contexto, e qualquer determinação de necessidade proveniente de um estudo tem relação apenas com o lugar em que foi realizado, de acordo com os objetivos da situação em particular estudada. Ele não poderá ter relevância ou aplicabilidade total a outra situação porque duas instituições ou situações nunca são totalmente iguais, uma vez que a determinação de um nível de semelhança é sempre imperfeita e subjetiva. Portanto, pode-se concluir que necessidade de informação não é um conceito subjetivo relativo, que só existe na mente dos indivíduos, mas um conceito que permite a identificação e generalização de padrões de comportamento de busca e uso da informação através do tempo e espaço sob a perspectiva do usuário (FIGUEIREDO, 1994).

3.3 Fontes de Informação

O conceito de fontes de informação é muito amplo, portanto, neste trabalho são tratadas apenas as fontes de informação utilizadas na área de Ciência e Tecnologia. De acordo com Campelo (1998), pode-se dizer que o resultado do trabalho intelectual de estudiosos e pesquisadores, geralmente, é comunicado através de algum tipo de publicação. Suas idéias, descobertas, dados, e opiniões são registrados na forma de artigos, trabalhos apresentados em

congressos, relatórios técnicos, etc. Estas publicações após serem divulgadas passam a ser de domínio público, e a elas a autora chama de literatura científica.

A utilização regular e efetiva das publicações apropriadas, impressas ou eletrônicas constitui, segundo Cunha (2000), fator chave para que se alcance o sucesso na pesquisa e também em outras atividades ligadas à ciência e tecnologia. A literatura a respeito de determinada área é parte de um sistema da comunicação que inclui canais formais (literatura) e informais (correspondência particular, contatos pessoais), e ocorre entre os membros de uma comunidade científica formando o chamado colégio invisível (CAMPELO, 1998). Este colégio invisível dos cientistas e pesquisadores, segundo estimativas, tem papel predominante e cerca de 50 a 80% das informações provêm desta fonte.

Após a Segunda Guerra Mundial houve um aumento no volume de informação em ciência e tecnologia e, por isso, fala-se em crise ou explosão da informação. Este aumento significativo pode ter a ver com alguns fatores tais como: o acúmulo de novos conhecimentos, principalmente após a Segunda Guerra; a diversificação de áreas do conhecimento; o aumento do número de usuários e a diversificação dos seus interesses; interesses extracientíficos, como a necessidade profissional de publicar, entre outros. Este aumento torna necessário que se caracterize as fontes de informação para melhor utilizá-las, e Cunha (2000) aponta as características mais comuns entre elas:

- Formato: possuem diferentes formatos, podendo ser periódicos, relatórios técnicos, manuais e patentes;
- Universalidade: cientistas de qualquer parte do mundo podem acessar essas fontes para as utilizar em seus trabalhos, possibilitando que os resultados de determinada pesquisa sejam compreendidos em diversos países;

- Acumulação de conhecimentos: em função do grande acúmulo de conhecimento na área de ciência e tecnologia, não há necessidade de se reinventar informações básicas porque elas já estão disponíveis em diversas fontes de informação.

Quanto à categoria, Cunha (2000) separa as fontes de informação da seguinte forma:

a) fontes de informação primárias: são aquelas que contêm principalmente novas informações ou novas interpretações de idéias e/ou fatos acontecidos. Algumas podem ter aspecto de registro de observações como os relatórios de expedições científicas, como congressos e conferências, legislação, nomes e marcas comerciais, normas técnicas, patentes, periódicos, projetos e pesquisa em andamento, relatórios técnicos, teses e dissertações, e traduções;

b) fontes de informação secundárias: são aquelas que contêm informações sobre as fontes primárias, organizando-as e guiando o leitor para elas, como bases de dados ou bancos de dados, bibliografias e índices, catálogos de bibliotecas, centros de pesquisa e laboratórios, entre outros;

c) fontes de informação terciárias: são aquelas cuja função é ajudar o leitor na pesquisa de fontes primárias e secundárias, já que, em sua maioria, não trazem conhecimentos ou um assunto no todo. São sinalizadoras de localização ou indicadoras, como diretórios e guias bibliográficos.

O patrimônio do saber constitui um importante recurso para a humanidade, e ele está cada vez mais ligado à transferência internacional de informação científica e tecnológica, que

só pode ocorrer através do uso adequado das fontes de informação especializadas em ciência e tecnologia.

3.5 Informação Pública e Social

Antes de qualquer definição do que seja informação pública e social, é necessário definir a palavra informação. Informação vem do latim *informare* que significa dar forma, pôr em forma ou aparência, criar, mas também representar, apresentar, criar uma forma, idéia ou noção, algo que é colocado em forma, em ordem. Ela é a classificação de alguma coisa – símbolos e suas ligações em uma relação – tanto de organização de órgãos e funções do corpo humano, quanto de um sistema social e de uma comunidade (ARAÚJO; FREIRE, 1999).

A informação não tem um conceito único, mas uma série de conceitos conectados por diversas relações. Do ponto de vista mais abrangente e filosófico, por exemplo, pode se discutir a natureza da informação. Sob esta ótica, informação não é um tipo específico de objeto, nem tem um conteúdo específico, mas sim, é o “veículo de interrelações e interações entre objetos e conteúdos” (ARAÚJO; FREIRE, 1999, p.6). Ela é tudo aquilo que altera e transforma estruturas, portanto, ela é a maior força de transformação do homem, principalmente se aliada aos meios de comunicação. E quando isto ocorre, ela passa a ter uma capacidade sem limites de transformar culturalmente cada indivíduo, e toda a sociedade à sua volta.

A transmissão de conhecimento e de informação para todos aqueles que precisam é uma grande responsabilidade social que deveria ser o fundamento da Ciência da Informação.

Esta transmissão do conhecimento enquanto responsabilidade social deve fazer uso da informação no sentido de transformar, sem restrições, para ajudar o homem na construção de sua conscientização sobre seus direitos, sobre sua participação em todas as decisões que se referem à política, economia e demais assuntos de seu país. Por isto, o acesso à informação não deve ser restrito, mas sim, estar disponível a todas as pessoas, para que toda a sociedade possa usufruir dela e exercer de fato seus direitos.

Para falar em informação pública, torna-se necessário continuar discutindo a informação como meio de emancipação e a atuação do profissional da informação. Almeida Jr. (2004), afirma que os espaços para estes profissionais são múltiplos e variados, já que a informação está presente em todas as atividades que o homem realiza. As discussões existentes sobre o tema, geralmente vinculam de forma errônea um fazer específico a um espaço específico. Mas este fato não deve servir como base para as análises do fazer bibliotecário com o espaço de sua atuação, e neste sentido, a informação pública pode servir de exemplo, se for vista como um segmento entre os interesses da área.

A controvérsia sobre informação pública parte de idéias e concepções que há tempos têm estado presentes em textos direcionados de informação e sociedade. Talvez por este motivo, seja difícil conceituá-la. O que se sabe é que os espaços onde ela está presente são importantes para fundamentar sua organização, seus objetivos e sua função social, uma vez que toda informação tem relação direta com a sociedade. E isto independe dela ser gerada e de circular em âmbito limitado.

Existem diversas expressões utilizadas, segundo Almeida Jr. (2004), que dão esta idéia de informação pública, como, por exemplo, informação utilitária, informação comunitária, informação para o cotidiano, informação social e informação para a cidadania.

Todas foram criadas para designar um tipo de informação – aquela que atende às necessidades informacionais do cotidiano da população. Sua principal característica é o fato de não estarem presas a uma forma exclusiva de ser veiculadas ou disseminadas. Não é necessário saber ler, ser alfabetizado para obtê-las, porque elas podem ser transmitidas verbalmente por meio de mídias diferentes da escrita, como a tv ou rádio.

A informação social foi empregada primeiramente como resultado de concepções políticas, surgidas no meio de grandes mudanças sociais, entre os anos de 1960 e 1980. A informação utilitária, foi a expressão aceita e mais divulgada pela literatura, e tudo indica, conforme Almeida Jr. (2004), que ela surgiu para amenizar as propostas subentendidas e presentes na expressão informação social. Porém, a informação utilitária, se usada para designar um determinado tipo de informação parece perder parte de sua lógica, uma vez que toda e qualquer informação tem caráter utilitário. Toda informação tem uma finalidade para quem a procura e dela precisa.

Informação para cidadania implanta um caráter mais político para as ações do profissional da informação, deixando de lado as concepções que defendem a neutralidade e imparcialidade da profissão. O foco das atividades volta-se para os aspectos político-sociais no momento em que se entende que a informação é uma ferramenta de dominação, e que o bibliotecário ao tomar consciência disto, pode interferir no cotidiano da sociedade. Deste modo, seria possível que os profissionais da informação passassem a ser não apenas os transmissores de determinada informação, mas os transformadores da realidade social em que vivem.

A expressão informação pública é empregada para se referir à informação presente em todos os espaços nos quais o acesso é livre à população, ou nos espaços em que as ações são

voltadas para a população em geral. No entanto, com exceção das informações que são reconhecidas como reservadas, confidenciais e sigilosas, toda informação é pública. Principalmente se não for somente considerada como informação apenas quando estiver registrada ou impressa.

Independente do conceito, a informação pública ou social pode ser considerada aquela capaz de transformar o indivíduo social e culturalmente. E esta deve ser uma preocupação dos bibliotecários, que embora tenham suas funções técnicas a desempenhar, também tem que atender ao seu público. E é neste momento que ocorre a transmissão ou socialização da informação através de um processo de comunicação, onde o bibliotecário é o emissor e o usuário o receptor (ARAÚJO; FREIRE, 1999).

Quando a mensagem emitida (independente de ser impressa ou oral) for assimilada pelo receptor, de modo que ele reaja a ela transformando sua estrutura de conhecimento e, a partir daí, organizando sua própria informação, cria-se a real possibilidade da informação constituir-se em elemento capaz de gerar a transmissão da informação como processo social (ARAÚJO, 1997). Esta socialização da informação, de acordo com Loureiro (2002), é que deve ser a especialidade da Ciência da Informação, a fim de evidenciar suas dimensões políticas e ideológicas.

Para que esta socialização da informação se torne uma realidade, cabe aos profissionais da informação o papel de mediadores neste processo, levando informação a quem mais necessita, fazendo com que o usuário final aplique o conhecimento como insumo do seu fazer e na construção do seu saber. Isto se faz urgente, uma vez que, segundo Araújo e Freire (1999), se o conhecimento é como a luz, os profissionais da informação podem iluminar diversas vidas,

em diversos contextos e lugares, proporcionando a todos o desenvolvimento para seu crescimento intelectual, político, econômico e social.

3.6 O HIV/Aids – O “grande mal do século”

Estamos entrando na terceira década da epidemia e, no entanto, a Aids continua sendo um grande desafio para toda a sociedade. Um desafio para a medicina cujos profissionais sofrem a pressão de encontrarem uma cura; para a psicologia que teve de lidar com pacientes que não têm perspectiva de vida pós-infecção; para a área jurídica não só no que diz respeito aos direitos humanos, mas também no campo do direito de trabalho; para a política cujos governantes se viram obrigados a dar subsídios não só para as pesquisas como também para os portadores, através da distribuição de medicamentos antiretrovirais; e para a população que precisou mudar seu comportamento sexual já que não existem mais os chamados “grupos de risco”.

As últimas publicações do Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) de 2004 trazem números assustadores. Haviam até dezembro, 39,4 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, das quais 49,74 % (19,6 milhões) são homens, 44,67% (17,6 milhões) são mulheres, e 5,58% (2,2 milhões) são menores de 15 anos. A taxa de incidência (novos casos) no mesmo ano foi de 4,9 milhões de pessoas, sendo 87 % (4,3 milhões) de adultos e 13% (640 mil) menores de 15 anos.

Na América Latina a situação é igualmente dramática. O índice de prevalência (casos existentes) em 2004 foi de 1,7 milhões de pessoas, 200 mil a mais que em 2002 e, conforme já

vem se constatando, as mulheres têm sido bastante atingidas, chegando a 610 mil o número de mulheres com HIV em 2004, além de 240 mil novos casos entre adultos e crianças. Infelizmente, o Brasil ocupa um lugar de destaque neste ranking, abrigando mais de 1/3 de todas as pessoas que vivem com HIV na América Latina.

De acordo com os dados de Aids disponíveis no Boletim Epidemiológico AIDST¹ de 1980 à 2004 foram registrados 362.364 casos em todo o país. A taxa de prevalência a cada 100 mil habitantes entre os homens foi de 8.366 casos e entre as mulheres de 5.567. Em 2003 a taxa de letalidade foi 2% maior que no ano anterior, com 11.276 óbitos, ou seja, 6,4 óbitos por 100 mil habitantes. No entanto, quando comparados ao total de mortes dos anos de 1983 à 2003, estes números parecem não dar a dimensão exata da catástrofe que foi e é esta epidemia. Foram 160.933 vítimas da Aids, das quais 74,6% eram homens e 24,74% eram mulheres. O fator que preocupa a todos, segundo Pimenta et al. (2002), é que 83% dos casos notificados no país ao Ministério da Saúde são de jovens, homens e mulheres com idades entre 15 e 49 anos, ou seja, a população que corresponde à força produtiva do país.

As regiões com maior taxa de letalidade são a Região Sudeste com 113.836 mortes. Em seguida vem a Região Sul com 22.940 mortes registradas. No Rio de Janeiro, por exemplo, a epidemia alcança grupos pertencentes a extratos de baixo poder aquisitivo, onde o acesso à informação e aos meios de prevenção é restrito, como é o caso das favelas (FERNANDES; COUTINHO; MATILDA, 1992).

A única boa notícia é de que o Brasil destaca-se não só por estes índices, mas também por seu Sistema Nacional de Saúde, sendo um dos únicos países em desenvolvimento que

¹ **Boletim Epidemiológico AIDST**. Brasília, ano I, n. 1, p. 26-34, jan./jun 2004. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/final/dados/Boletim2.pdf>> Acesso em 28 de mar. 2005.

oferece a distribuição gratuita dos antiretrovirais a todos os doentes de Aids, independente de seu nível sócio-econômico, idade e raça, resultando no aumento da sobrevivência dos pacientes.

3.6.1 O que é a Aids

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida ou Aids) é a infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, o HIV, que provoca lesões no sistema imunológico. Este por sua vez ao ser lesado não protege mais o corpo contra certas infecções e cânceres raros, também chamadas de doenças oportunistas, que podem se tornar a causa direta da morte. Literalmente quer dizer: Síndrome – um grupo de sinais e sintomas; Imunológico – sistema de defesa do corpo; Deficiência – que não funciona bem; Adquirida – porque não se nasce com ela (GAPA/RS, 199-?).

3.6.2 Primeiros Diagnósticos

É difícil afirmar com precisão a data exata do primeiro diagnóstico de Aids, uma vez que diversas publicações divergem sobre isto, mas é certo que os primeiros casos foram diagnosticados entre 1978 e 1981 em São Francisco e Nova Iorque, nos Estados Unidos, sendo os portadores cinco homens homossexuais, com idades entre 30 e 40 anos, fato este que foi suficiente para que a doença ficasse conhecida como a peste gay (TRIDAPALLI, 2003).

No Brasil, a Aids foi identificada pela primeira vez em 1982 no Estado de São Paulo, com a notificação de sete pacientes homo/bissexuais (CHEQUER; CASTILHO, 1997). Mais tarde foram detectados casos no Rio de Janeiro, a partir do litoral Sudeste e então para o

Nordeste, Centro Oeste e Norte. Esse início foi muito difícil para as minorias, como homossexuais, prostitutas, dependentes químicos, e hemofílicos, que passaram a conviver com o estigma de “grupos de risco”. Essa associação disseminou a falsa idéia de que o restante da população estaria a salvo da ameaça (SANTOS; SANTOS, 2000).

3.6.3 Etiologia

Em 1983 os pesquisadores Luc Montaigner no Instituto Pasteur em Paris (França) e Robert Gallo no National Caneau Institute (EUA), isolaram o HIV-1 de pacientes com Aids e deram-lhe respectivamente os nomes de LAV (Lymphadenopathy Associated Vírus / Vírus Associado à Linfadenopatia), e HTLV-III (Human T-Lymphotropic Vírus / Vírus T-Linfotrófico Humano tipo III). O segundo agente etiológico, segundo Lima et al. (1996), foi detectado em 1986, também um retrovírus parecido com o HIV-1, então chamado HIV-2. E foi neste ano que um comitê internacional de especialistas recomendou que o vírus se chamasse HIV (Human Immunodeficiency Virus).

O HIV-1, responsável por quase todos os casos, é dividido em subtipos designados de “A a K” (conhecidos em conjunto como subtipos M), e o “O”. Ainda foi detectado o “N” de novo, encontrado em 1998. O HIV-2 é outro retrovírus que provoca deficiência imunológica pela perda das células CD4, e é encontrado primariamente no Oeste da África. Ele é menos transmissível (5 a 8 vezes menos eficiente que o tipo 1 no início da doença e raramente ocorre transmissão vertical). Este fato está associado a menor carga viral, queda mais lenta das células CD4 e maior tempo de progressão clínica (BARTLETT; GALLANT, 2003).

O HIV, segundo documento no site do Ministério da Saúde² é um retrovírus com genoma RNA, da Família *Retroviridae* e subfamília *Lentiviridae*. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não- oncogênicos necessitando para se multiplicar de uma enzima chamada transcriptase reversa, que é responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode assim integrar-se ao genoma do hospedeiro.

Ele infecta células humanas diferentes, mas principalmente os linfócitos T indutores [OKT4+, CD4+ ou Helper], células importantíssimas para o desenvolvimento da resposta imunológica celular. Depois de invadir o linfócito a transcriptase traduz seu RNA para DNA, que entra no núcleo da célula e é incorporado ao seu DNA. Desse modo ele passa a fazer parte do genoma celular e pode então elaborar a síntese protéica de novas proteínas virais, usando a célula infectada para se multiplicar rapidamente. O linfócito, ao ficar cheio de partículas virais acaba se rompendo, liberando estas partículas e morrendo em seguida (TRIDAPALLI, 2003).

Não se sabe a origem do vírus, apenas que retrovírus relacionados a ele foram encontrados em primatas não-humanos na África, assim como o Vírus da Imunodeficiência Símia (SIV), que infecta chimpanzés africanos e é 98% similar ao HIV-1. Por isso, a origem mais provável seja mesmo a África.³

3.6.4 Transmissão

O HIV pode ser transmitido das seguintes formas:

² BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids:** etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento. Unidade de Assistência. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/tratamento>> Acesso em 28 de mar. de 2005.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids:** etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento. Unidade de Assistência. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/tratamento>> Acesso em 28 de mar. de 2005.

- Sexual – através do sêmen, secreção vaginal e fluxo menstrual. O risco aumenta mais com a prática de relação sexual anal na presença de úlceras e quando a carga viral está muito alta e o estado de imunodeficiência do transmissor está mais avançado, e também durante a fase da infecção aguda (RACHID; SCHECHTER, 2005). A boca é considerada um ambiente inadequado para o HIV, e apesar de o risco de transmissão através da garganta, gengiva ou mucosa oral ser considerado baixo, ele existe (ROSENTHAL; MORAES, 199-?). As relações sexuais são a forma mais comum de transmissão em todo o mundo, principalmente na África sub-Sahariana. Nos países desenvolvidos a transmissão por relações homossexuais têm número maior de casos embora as relações heterossexuais tenham sido identificadas pela OMS como a maior causa de transmissão. Além da ausência do preservativo, as DST aumentam o risco de infecção pelo HIV, principalmente as ulcerativas como Cancro Mole, Sífilis e Herpes Genital;⁴

- Sanguínea – se dá basicamente entre UDI - em função do compartilhamento de seringas e agulhas, e dessa forma passar sangue diretamente de uma pessoa para outra (aqui no Brasil, o número é bem maior na região Sul). O número é bem maior nos países da Ásia, Leste Europeu, América Latina e no Caribe. Em transfusão de sangue os números da contaminação são quase irrelevantes em países industrializados ou que fazem controle de qualidade do sangue como o Brasil;⁵

- Vertical – é a transmissão da mãe para o filho através da placenta – embora o mecanismo exato pelo qual o HIV cruza a barreira placentária ainda seja desconhecido - durante o trabalho de parto com exposição ao sangue e/ou secreções vaginais e através da amamentação (ORTIGÃO, 1995). Segundo Rosenthal e Moraes (199-?), 80% se dá através do

⁴ Idem ao ³.

parto. O número vem crescendo em decorrência das relações heterossexuais chegando a ser o motivo de contaminação de 30 a 40% da população africana;

- Ocupacional – se dá quando profissionais da área da saúde se ferem com instrumentos pérfuro-cortantes contaminados, apesar de o risco médio de contrair o HIV nestes casos seja de aproximadamente 0,3%. A contaminação depende da profundidade e extensão do ferimento, do procedimento usado, e do estado do paciente assim como da sua carga viral.⁶ A saliva, lágrima, suor, fezes e urina, segundo Rosenthal e Moraes (199-?), apesar de conterem partículas virais, não são considerados fluídos transmissíveis.

4.6.5 Prevenção

A prevenção quanto à transmissão sexual deve ser o uso constante de preservativos masculinos ou femininos. Eles são o único meio de proteger os indivíduos independente da relação sexual ser anal, vaginal ou oral, evitando sempre o contato com as secreções vaginais e sêmen. Nestes casos, incluem-se também os casais com indivíduos soropositivos ou doentes de Aids, porque cada um desenvolve após a infecção uma resposta imunológica através da produção de anticorpos. No entanto, com o passar do tempo, esta resposta diminui e os anticorpos neutralizantes não protegem mais, e também por que existem cepas diferentes do vírus que apresentam maior ou menor virulência, podendo assim, ocorrer a progressão da doença com o aparecimento de cepas diferentes vindas do outro indivíduo (LIMA et al., 1996).

⁵ Idem ao 3.

⁶ Idem ao 3.

Para os UDI, o trabalho dos redutores de danos têm sido fundamental como, por exemplo, na distribuição de seringas descartáveis, além de sua intervenção em comunidades onde existem UDI em situação de risco para conscientizá-los sobre o perigo da contaminação, e da necessidade de esterilizar as seringas e agulhas no calor ou com água sanitária, através de materiais específicos e muito diálogo.

No caso das gestantes, o pré-natal é o momento mais importante para evitar a transmissão, trazendo menos riscos não apenas para a mãe, como para o bebê. No Brasil os médicos orientam as mulheres quanto aos métodos anticoncepcionais mais apropriados, mas quase não orientam sobre planejamento familiar e reprodução. Porém, este aconselhamento é fundamental dado que a maioria das mulheres com HIV estão em idade fértil (BRASIL, 2003).

E para os profissionais da saúde recomenda-se que sigam as precauções universais como uso de óculos, luvas, máscaras, etc., e as normas de biossegurança. Por último, deve-se exigir sangue previamente testado em hospitais públicos ou privados (BRASIL, 2000). Independente de quaisquer cuidados, a experiência mundial de anos de Aids tem ensinado que a prevenção bem sucedida se baseia em três elementos: a) informação e educação; b) serviços de saúde adequados; e c) apoio social (MERCHÁN-HAMANN, 1995).

3.6.6 Testes anti-HIV

Os testes mais utilizados se baseiam na detecção de anticorpos, por que quase a totalidade das pessoas infectadas desenvolvem anticorpos anti-HIV entre seis e 12 semanas após a exposição. Eles detectam a resposta do hospedeiro contra o vírus, e não do próprio vírus diretamente, como o ELISA, o Western-Blot, a Imunofluorescência indireta, e a

Radioimunoprecipitação. Há ainda os Testes de Detecção de Antígeno Viral utilizados para acompanhamento laboratorial de pacientes e para medir a carga viral como a Pesquisa de Antígeno p24, as Técnicas de Cultura Viral, e os Testes de Amplificação do Genoma do Vírus (LIMA et al., 1996; RACHID; SCHECHTER, 2005). Vejamos cada um deles:

- ELISA (Ensaio Imunoabsorvente com Enzima ou Imunoenzimático): surgiu em 1985 e é muito utilizado como teste inicial de triagem de sangue devido à sua facilidade de automação e baixo custo. Ele detecta anticorpos das proteínas do HIV, é muito sensível e produz poucos resultados falsos-positivos ou falsos-negativos, é repetido quando o primeiro exame é positivo, caso o segundo também seja, são feitos testes mais específicos;
- Western-Blot: é usado geralmente para confirmação do resultado do ELISA, é mais complexo e mais caro;
- Imunofluorescência indireta: a presença dos anticorpos é revelada por meio de microscopia de fluorescência, também é um teste confirmatório;
- Radioimunoprecipitação: detecta os anticorpos através de reações com antígenos radioativos.
- Pesquisa de Antígeno p24: quantifica a concentração de proteína viral p24 no plasma;
- As Técnicas de Cultura Viral são: a Cultura de Células Mononucleares de Sangue Periférico para Isolamento do HIV – inicialmente usada para caracterizar o HIV como agente etiológico da Aids; a Cultura Quantitativa de Células – que mede a carga viral intracelular; e a Cultura Quantitativa de Plasma – que usa alíquotas decrescentes de plasma;

- Testes de Amplificação do Genoma do Vírus: fazem uma análise quantitativa direta da carga viral com técnicas baseadas na amplificação de ácidos nucléicos (PCR), a amplificação de DNA em cadeia ramificada (bDNA), e amplificação seqüencial de ácidos nucléicos (NASBA).

Além destes, há também testes chamados alternativos aqui no Brasil, mas principalmente nos Estados Unidos. Tem o teste de saliva em que se utiliza um chumaço especial colocado entre a parte inferior da bochecha e a gengiva durante dois minutos, e depois vai para um frasco e enviado ao laboratório para ser analisado. Ele se chama Orasure Test System. E os resultados saem em três dias. O teste de urina chama-se Calypte HIV-1 Urine EIA. É um teste de triagem e requer confirmação por um teste sorológico convencional. E ainda o teste por secreções vaginais, que detecta os anticorpos anti HIV nas secreções. Ele é recomendado em casos de estupro (BARTLETT; GALLANT, 2003).

Para os testes convencionais, a carga viral abaixo de 10.000 cópias de RNA/ml, significa que o portador tem baixo risco de progressão ou piora da doença; entre 10.000 e 100.000 cópias de RNA/ml significa que o risco é moderado; e acima disto o risco é alto. Da mesma forma a contagem de células CD4+ em sangue periférico demonstra que uma quantidade maior que 500 células/mm³ indica o estágio da infecção pelo HIV com baixo risco de desenvolver a doença; entre 200 e 500 células/mm³ indica estágio em que surgem sinais e sintomas menores, ou risco moderado de desenvolvimento de Doenças Oportunistas (DO); entre 50 e 200 células/mm³ indica alta probabilidade de desenvolvimento de DO; e menor que 50 células/mm³ indica estágio com grave comprometimento de resposta imunitária, exceto em crianças que tem níveis diferentes de interpretação.⁷

⁷ Idem ao ³.

É preciso deixar claro que após uma situação de risco, antes de realizar qualquer teste, o indivíduo deve esperar, no mínimo 12 semanas em função da chamada Janela Imunológica – período entre a infecção e o início da formação de anticorpos específicos contra o agente causador - uma vez que antes deste período ele pode não apresentar os anticorpos contra o agente infeccioso e o exame ser negativo ou não reagente, embora o indivíduo já esteja infectado.

3.6.7 Fases Clínicas da Infecção

Existem quatro fases clínicas nas quais a infecção pelo HIV se divide: a infecção aguda, a fase assintomática, a fase sintomática inicial, e a Aids. No entanto, diversos autores ressaltam que nem todos os portadores do HIV terão todos os sinais e sintomas clínicos descritos a seguir de acordo com Rachid e Schechter (2005), Sprinz e Finkelsztein (1999) e Brasil:⁸

▪ Infecção aguda, também chamada de síndrome da infecção retroviral aguda ou infecção primária ocorre em 50% a 90% dos pacientes. Nesta fase a transmissão viral é alta e o diagnóstico é pouco realizado em função do baixo índice de suspeição. Geralmente o tempo entre a exposição e os sintomas, é de cinco a trinta dias quando se dá o pico da viremia e da atividade imunológica. Podem se manifestar desde gripes até uma *síndrome mononucleose-like*. Também se manifestam sintomas de infecção viral, como febre, adenopatia, faringite, mialgia, astralgia, rash cutâneo maculopapular, hiporexia, adinamia, cefaléia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos, candidíase oral, neuropatia

⁸ Idem ao 3.

periférica, meningoencefalite asséptica e síndrome de Guillain-Barré. Estes sintomas duram em média 14 dias, após a melhora do paciente na fase aguda, acontece uma estabilização da viremia definida pela velocidade da replicação e clareamento viral;

- Assintomática ou infecção precoce: é o período mais longo da infecção, diz-se que o indivíduo está clinicamente assintomático. Ela começa por volta do sexto mês e vai até o portador ficar sintomático ou laboratorialmente imunodeficiente. Esse período é marcado pelo estabelecimento de uma quantidade constante de replicação viral, que é determinada pela quantidade de inóculo, pelo grau de virulência do HIV e pelos fatores genéticos de cada pessoa infectada. A avaliação laboratorial é muito importante, os exames mais recomendados são a avaliação da imunidade ou perfil imunológico (contagem de células CD4) e a carga viral.

- Sintomática: está associado à imunodeficiência grave, de difícil recuperação. É nessa fase que começam as complicações clínicas gerais e o aparecimento das DO. Nesses casos os pacientes devem ser tratados com Antiretrovirais (ARV) de forma mais agressiva porque não podem perder tempo. A infecção sintomática pode ser dividida em três estágios tais como: a) o Sintomático Inicial, onde pode ocorrer candidíase oral ou genital de repetição, leucoplasia oral, herpes zoster, e dermatoses (psoríase, onicomicoses múltiplas, tíneas extensas, dermatite seborréica). Essas manifestações indicam que qualquer indivíduo que as apresente sem causa aparente podem ser HIV+, e que logo a pessoas desenvolverá algum tipo de DO grave; b) a Aids propriamente dita, ou seja, um quadro de imunodeficiência muito grave com o aparecimento de DO. No Brasil o diagnóstico laboratorial é feito com $CD4 < 350/mm^3$, enquanto o diagnóstico clínico de Aids é com $200 CD4/mm^3$. O tratamento é crucial e pode mudar o rumo da doença; c) e a fase da Infecção Avançada, onde se encaixam todos os doentes de Aids com $CD4 < 50 /mm^3$. Hoje com os ARV a sobrevida aumentou dos doze

meses passando a depender da resposta das drogas e das doenças que o indivíduo tenha desenvolvido antes.

3.6.8 Tratamento e Antiretrovirais

A Zidovudina (AZT), foi a primeira droga antiretroviral a ser liberada para o uso clínico. Em 1995, dois estudos, no entanto, revolucionaram a conduta terapêutica, por demonstrarem a superioridade da terapia combinada em comparação com a monoterapia com AZT (RACHID; SCHECHTER, 2005).

Ainda existem opiniões diferentes sobre a terapia com antiretrovirais, no que diz respeito ao tempo de começar e com o que começar. As drogas disponíveis atualmente para o tratamento anti-HIV estão divididas em duas classes, as inibidoras da transcriptase reversa, que inibem a replicação do HIV, bloqueando a ação da enzima que converte a RNA viral em DNA; e as inibidoras de protease, que agem no último estágio da formação do HIV, impedindo que a enzima protease divida as cadeias protéicas produzidas pela célula infectada em proteínas virais e enzimas que irão formar as partículas do HIV.⁹

A terapia com os antiretrovirais está sujeita a mudanças, devendo ser revista periodicamente pelos consensos nacionais e variam de acordo com cada indivíduo. O pré-natal de gestantes portadoras do HIV é considerado de alto risco, por isso elas devem receber a partir da 14^a semana os antiretrovirais. Dados do Ministério da Saúde apontam para 3% a chance de transmissão do vírus para o bebê com uso de medicamento. No país, cerca de 40% das gestantes soropositivas recebem tratamento para prevenir a transmissão para o recém-

⁹ Idem ao 3.

nascido (BRASIL, 2004). Também segundo Lima et al. (1996), o Center for Diseases Control and Prevention (CDC) em Atlanta nos Estados Unidos, recomenda que profissionais da saúde que sofreram acidentes façam uso de ARV por 30 dias, e ainda façam seguimento sorológico no tempo Zero, ou seja, no momento do acidente, depois de seis semanas, 12 semanas, e seis meses.

3.6.9 Doenças Oportunistas ou Infecções Oportunistas

As Doenças Oportunistas ou Infecções Oportunistas são desenvolvidas em função de uma alteração imunitária do hospedeiro. São geralmente de origem infecciosa, embora várias neoplasias também sejam consideradas oportunistas. Podem ser causadas por microrganismos não-patogênicos, ou melhor, aqueles incapazes de afetar pessoas que não tenham HIV. No entanto também podem ser causadas por microrganismos patogênicos, que são as que assumem caráter mais grave e mais agressivo. São muitas as DO associadas à Aids, e as causas podem ser vírus, bactérias, protozoários, fungos e certas neoplasias.¹⁰

3.7 O HIV/Aids no Estado do Rio Grande do Sul

Existem no Rio Grande do Sul, segundo dados do último censo de 2000, apresentados no site da Fundação de Economia e Estatística (FEE), uma população total de 10.181.749 milhões de habitantes, dos quais 6.799.984 (66,7%) estão na faixa dos 15 aos 64

¹⁰ Idem ao ³.

anos de idade; 2.654.727 (26,1%) na faixa de 0 à 14 anos de idade; e 733.087 (7,2%) na faixa dos 65 anos ou mais. A capital, Porto Alegre, tem uma população de 1.360.590 milhões de habitantes.

Deste total de mais de 10 milhões, segundo os dados apresentados no Boletim Epidemiológico no site da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS), foram notificados 26.170 casos de HIV/Aids de janeiro de 1983 até julho de 2004. São 24.804 (94,7%) adultos e 1.366 (5,3%) crianças e pré-adolescentes – incidência acumulada (novos casos). Quanto à prevalência - casos existentes ou pessoas que viviam com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) no momento da pesquisa - haviam até 31 de Julho de 2004 17.043 casos, sendo 16.156 (94,8%) de adultos e 887 (5,21%) de crianças, com um total de 9.127 óbitos, aproximadamente 35% dos pacientes.

Se for considerado o número total de habitantes a epidemia de HIV/Aids não atinge mais de 1% da população do Estado, mas se a análise partir do número de casos para cada 100.000 mil habitantes, como as pesquisas costumam proceder, então pode-se afirmar que de cada 100.000 habitantes do Estado, mais de 26% estão infectados por HIV/Aids.

Embora haja no Estado, assim como no Brasil, uma tendência à estabilização, os números ainda são bastante elevados, ficando em torno de 2.500 novos casos por ano. Passando por uma análise mais detalhada a pesquisa da SES/RS mostra dados dos primeiros dez anos, ou seja, de 1981/1983 até 1994, e os períodos seguintes, de 1995/ 1999 e de 2000/julho de 2004. Estes cortes foram propositalmente escolhidos devido a características da evolução da doença nesses períodos no Estado. A SES/RS também dividiu as cidades dentro das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), e desta forma podemos comparar os dados de todos os municípios e examinar as diferenças importantes entre as diversas regiões do Estado,

tanto no que corresponde às características peculiares de cada uma, como do tipo de exposição ao HIV.

Em primeiro lugar é preciso explicitar como a SES/RS trabalha com os dados. Os números se referem aos casos, ou seja, pessoas HIV+ com critérios que as definem como “caso”: CD4 < 350, ou ter tido alguma doença oportunista que as levou a buscar atendimento em um serviço de saúde - somente os casos são notificados. Não há necessidade, segundo a SES/RS, de analisar os números acumulados como se fazia no início da epidemia, para que se conheça o perfil epidemiológico, pois eles acabariam por distorcer os dados e perderíamos a noção da dinâmica da epidemia.

Hoje, sabe-se que houve uma mudança importante no perfil de transmissão, distribuição por sexo, e inclusive na quantidade de casos novos e óbitos por ano. A análise é feita através do cálculo da incidência que ajuda a definir as estratégias de prevenção a médio e longo prazo. O cálculo da prevalência dá a noção da situação real da epidemia, porque são estas pessoas que a SES/RS tem de atender e oferecer tratamento, portanto, ajudam a definir as estratégias de assistência a curto prazo. A análise dos óbitos por Aids é feita pela SES através da taxa de letalidade, que mede o número de óbitos entre o total de casos:

$$\frac{\text{Óbitos}}{\text{Total de casos}} \times 100 = \% \text{ taxa de letalidade}$$

(Foi adotada esta fórmula para que os números sejam melhor compreendidos)

A taxa de mortalidade mede o número de óbitos por Aids em toda população, no entanto a SES/RS não a utiliza, por que a taxa de letalidade permite avaliar a tendência de sobrevivência entre os casos - mas é preciso ressaltar que há doenças de baixa letalidade e alta

mortalidade e vice-versa. A variável “residência” foi definida como sendo local de residência na época da notificação, considerando-se a ficha de notificação mais antiga (a primeira notificação), portanto, não é levado em consideração o fato de que os indivíduos possam mudar de endereço ou local de tratamento durante os períodos estudados.

Após a explicação sobre as variáveis, dados considerados, tipo de análise, etc, pode-se passar para a interpretação das tendências epidemiológica do HIV/Aids no Estado:

- Conforme já foi mencionado, houve uma estabilização da incidência fixada em torno de 2.500 novos casos nos últimos seis anos. Ocorreu a diminuição da taxa de letalidade, sendo a taxa de prevalência em 31 de Julho de 2004 de 16.258 casos (crescimento proporcional à diminuição da taxa de letalidade), de acordo com a tabela:

TABELA 1 – Número de adultos com Aids no Estado por Ano de Diagnóstico: incidência, óbitos e prevalência – 1981/julho de 2004.

Ano de diagnóstico	Incidência	Óbitos	Prevalência	Letalidade fixa -por incidência	Letalidade móvel - por prevalência
81/94	4327	2483	7526	57%	33%
95/99	9584	3233	29179	34%	11%
2000	2657	949	10852	36%	9%
2001	2382	977	12285	41%	8%
2002	2895	486	14203	17%	3%
2003	2359	418	16076	18%	3%
2004	600	102	16156	17%	<1%
Total	24804	8648	106277	35%	8%

* Fonte: Site da SES/RS < http://www.saude.rs.gov.br/aids/tabelas_download.doc >

▪ Ocorreu estabilização da distribuição proporcional de casos entre homens e mulheres - por volta de 40% de casos femininos (8.091 casos) e 60% de casos masculinos (16.712 casos) nos últimos seis anos, conforme a tabela abaixo:

TABELA 2 - Número de Casos de Aids: distribuição por sexo em adultos por ano de diagnóstico – 1981/julho de 2004.

Ano	Homem	Proporção %	Mulher	Proporção %	Razão aprox.	Total
81/86	91	100%	-	-	-	91
87/94	3473	82%	763	18%	8/1	4235
95/99	6621	69%	2963	31%	2/1	9584
2000	1662	63%	995	37%	2/1	2657
2001	1435	60%	947	40%	2/1	2382
2002	1670	58%	1225	42%	1/1	2895
2003	1392	59%	966	41%	1/1	2358
2004	368	61%	232	39%	2/1	600
Total	16713	67%	8091	37%	2/1	24804

*Fonte: Site da SES/RS < http://www.saude.rs.gov.br/aids/tabelas_download.doc>

▪ A distribuição por categoria de exposição (agrupada por provável forma de transmissão/risco) teve análise prejudicada devido ao alto número de casos com categoria ignorada, no entanto, é possível deduzir que as principais formas de transmissão/risco - nos últimos seis anos foram, em primeiro lugar, através de relação heterossexual sem proteção e

em segundo por Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), tanto para homens, como para mulheres.

Entre os homens verifica-se uma mudança significativa quanto ao perfil epidemiológico ao longo destes anos de epidemia no Estado. O perfil “homo e bissexual” era a principal categoria de “risco” no início da epidemia até 1994, no entanto, tem se modificado nos últimos dez anos e atualmente a maior taxa de transmissão entre os homens se dá no perfil “heterossexual”, em torno de 36% nos últimos cinco anos. Observa-se, além desses casos, um aumento proporcional de UDI - esta sempre foi a principal forma de transmissão sanguínea no Estado - representando em torno de 30% dos novos casos diagnosticados e notificados nos últimos seis anos.

Para as mulheres ocorre maior estabilidade no perfil de contaminação ao longo destes anos (apesar de número elevado com categoria ignorada). Nos últimos sete anos, período com menor número de “ignorada”, observou-se que cerca de 66% das transmissões eram por relações heterossexuais e 9% por UDI.

- A juvenização é outra tendência nacional da epidemia, mas não se aplica ao estado. Observa-se, ao contrário, a diminuição proporcional de casos em adultos com idades entre 20 e 29 anos, e um aumento proporcional de adultos com mais de 35. As faixa-etárias entre 30 e 34 anos e entre 13 e 19 mantêm estabilidade em torno de 22% e 3,5% respectivamente nos últimos dez anos.

- Infelizmente as categorias de exposição que poderiam dar um indicativo de “pauperização” da epidemia no Estado são as que mais apresentam problemas nos registros de notificação. Embora haja, ao menos, uma certa estabilidade na proporção de casos com escolaridade “ignorada”, pode-se dizer que nos últimos dez anos existe uma tendência clara

de diminuição dos casos entre indivíduos com estudo superior seguido por indivíduos com ensino médio. No entanto, a proporção de indivíduos com ensino médio voltou a subir cerca de 20% nos últimos três anos conforme mostra a tabela a seguir:

TABELA 3 - Número de Casos de AIDS Notificados à SES/RS: distribuição por escolaridade em adultos por ano – 1983 / julho de 2004.

Escolaridade										
Ano	Mínima (até 4º série) ou Nenhuma		Fundamental (até 8º série)		Ensino médio (completo/incompleto)		Curso Superior (completo/incompleto)		Escolaridade Ignorada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
83/94	920	25%	114	3%	516	14%	622	17%	1454	40%
95/99	2843	36%	1467	18%	1218	15%	612	8%	1800	22%
2000	945	36.6	597	23.1	320	12.4	111	4.3	610	23.6
2001	916	33.4	717	26.2	361	13.2	111	4.0	636	23.2
2002	642	18.6	1275	36.9	681	19.7	245	7.1	608	17.7
2003	610	18.0	1198	35.6	587	17.4	228	6.8	741	22.0
2004	226	20.5	349	31.7	250	22.7	76	6.9	199	18.2
Total	7102		5717		3933		2005		6048	

*Fonte: Site da SES/RS < http://www.saude.rs.gov.br/aids/tabelas_download.doc>

- Tornou-se impossível avaliar a distribuição proporcional dos casos por raça, devido à inconsistência dos registros.

Quanto à localização dos casos, pode-se dizer que não há uma interiorização da Aids no Rio Grande do Sul. A epidemia concentra-se - como em todo o país - na capital e Região Metropolitana. As tendências epidemiológicas regionais de Aids no Estado são as seguintes:

a) a maioria - mais de 70% - dos indivíduos com diagnóstico de Aids residem – ou residiam na época da notificação – na capital e /ou Região Metropolitana (1º e 2º CRS). Verifica-se no entanto uma pequena tendência de aumento proporcional de indivíduos residentes na área de abrangência da 2º CRS. Outras regiões também tiveram acréscimo no número de casos, como a 5º CRS – Caxias do Sul - que teve um crescimento de mais de 100% dos casos nos últimos quatro anos.

As cidades de Santa Cruz (13º CRS), Santa Rosa (14º CRS) e Osório (18º CRS) tiveram também um pequeno crescimento proporcional. Temos por outro lado uma tendência constante de diminuição dos casos nas regiões de Santa Maria (4º CRS) e Passo Fundo (6º CRS), além das regiões de Pelotas (3º CRS) e da fronteira (10º CRS). As demais regiões apresentam estabilidade proporcional.

b) a análise por sexo em cada região, mostra uma tendência dentro do padrão do Estado, uma proporção em torno de 60% de homens e em torno de 40% de mulheres. A exceção ocorre em três regiões – Santa Maria (4º CRS), Cachoeira do Sul (8º CRS), e Santa Cruz do Sul (13º CRS), onde o número de homens chega a ser 67% do total dos casos.

c) a distribuição proporcional dos casos de Aids em homens conforme a categoria de exposição, que até 1994 tinha um número elevado na categoria ignorado em muitas regionais (5º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, e 16º CRS), impedia uma análise mais consistente dos dados. Duas regiões mostraram um padrão diferente para a época, a de Passo Fundo (6º CRS), que teve um número elevado de UDI - 61% do total dos casos - e a região de Santa Maria (4º CRS), que

teve uma proporção maior de casos por exposição homo e bissexual - 69% dos casos - representando um número maior que a média da época.

No segundo período elevaram-se os casos com categoria ignorada nas regionais 1º, 2º, 7º, 9º, 10º, 11º, 12º, 15º, 16º, 18º e 19º CRS. Nas outras houve um aumento acentuado na categoria heterossexual e UDI, exceto na região de Santa Cruz (13º CRS) a qual já registrava um número alto de UDI no período anterior, e aumentou ainda mais chegando a 57,5%. No terceiro período, assim como no país, o padrão está mais ou menos consolidado, o número de exposições por categoria heterossexual é maior, seguido por UDI. Chamam a atenção as regiões de Erechim (11º CRS) e Santa Cruz (13º CRS) por UDI e em outras 6 regiões (5º, 6º, 7º, 12º, 14º, 17º), por heterossexuais. Duas regiões não apresentam nenhum ou poucos casos de UDI e um número elevado por categoria heterossexual, como 15º e 19º CRS.

d) a distribuição proporcional dos casos de Aids em mulheres por categorias de exposição, mostra que no primeiro período existem ainda poucos casos femininos, além de altas porcentagens da categoria ignorada. No segundo período, ainda há um número alto da categoria ignorada, mas é possível observar um padrão mais ou menos definido. No entanto, é só no terceiro período que pode-se fazer inferências sobre os resultados que demonstram claramente um perfil de exposição por relação heterossexual de mais de 70% em todas as regionais, com apenas quatro exceções nas quais a porcentagem de UDI é maior como a Região de Santa Maria (4º CRS) com 22%, a região de Bagé (7º CRS) com 19%, e Osório (18º CRS) seguido de Frederico Westphalen (19º CRS) com 13,5% dos casos. Também pode-se verificar a incidência acumulada, o número de óbitos e a taxa de prevalência em cada cidade do estado separadamente.

Como considerações finais, a SES/RS ressalta que os UDI representam uma categoria de duplo risco na transmissão (transmissão sexual e compartilhamento de seringa). A este fato pode-se associar o aumento da contaminação por relação heterossexual principalmente pelas mulheres. Pode-se dizer que houve uma melhora na prevenção da “doença”, o que não significa, necessariamente, nem que ela esteja controlada, tão pouco que as pessoas estejam se infectando menos. Há estudos deste tipo sendo realizados nacionalmente, mas ainda não têm resultados finais. Os números da taxa de letalidade apontam para uma melhor efetividade nos tratamentos, não apenas no que diz respeito aos avanços e eficácia dos medicamentos, como de outros fatores relacionados, incluindo maior envolvimento da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, etc), e também de Organizações não Governamentais (ONG), amigos e familiares. Até este momento a SES/RS não divulgou análise dos dados referentes às crianças e aos adolescentes devido à falta de consistência do seu banco de dados, mas afirma que divulgará em breve, adiantam, no entanto, que não houve mudanças significativas nem da taxa de crescimento da incidência, nem do percentual de transmissão neste anos. O Rio Grande do Sul ocupa o terceiro lugar no ranking nacional com 10,7% dos casos de HIV/Aids do país.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

A pesquisa empírica foi planejada para coletar dados de campo, com abordagem quanti-qualitativa.

4.2 Sujeitos da Pesquisa/Amostra

Os sujeitos da pesquisa foram os alunos do curso de Biblioteconomia, da Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação (FABICO) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que totalizam 262 alunos matriculados entre o 1º e o 6º semestre em 2005 (dados do Sistema de Matrículas da UFRGS). Os alunos foram escolhidos por uma amostra não aleatória por conveniência, ou seja, os alunos do 7º semestre e os formandos não foram consultados devido à dificuldade em encontrá-los na Faculdade. A amostra foi considerada válida ao atingir 75 (29%) destes alunos, ou 50% se for levado em conta o número de questionários efetivamente entregues (150).

4.3 Instrumento e Coleta de Dados

A coleta dos dados se deu através de questionário contendo 29 questões, das quais sete eram abertas, três eram fechadas, e 19 eram mistas. Este questionário foi baseado nos

formulários contidos em publicações da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM).¹¹ As questões foram separadas e analisadas de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 1 - Distribuição das Questões

Objetivos Específicos	Nº de Questões
Nível de Informação: Prevenção	3, 4, 5, 12, 13, 14
Transmissão	6, 7, 18, 19
Tratamento	8, 9, 10, 11
Meios de Comunicação e Fontes de Informação	15, 16, 17, 20, 21
Necessidades de Informação	27, 28, 29
Sugestões para Campanhas	22, 23, 24, 25, 26

4.4 Procedimento de Coleta dos Dados

O questionário foi entregue aos alunos nos horários de aula mediante permissão do professor da disciplina. Eles foram instruídos a responder as questões sem consultar nenhuma fonte, e deveriam entregar o material na portaria da FABICO. Para tanto foi deixada uma pasta exclusiva para recebê-los no prazo máximo de uma semana. As passagens em sala para entrega do questionário ocorreram entre os dias 20 e 25 de Junho. Como o resultado obtido

¹¹ FERRAZ, Elisabeth Anhel (Coord.) **Análise de Demandas por Ações de Prevenção de HIV/Aids no Sul do Brasil: profissionais do sexo.** Rio de Janeiro: BEMFAM, 2003.

não atingiu os 20% estipulados para validar o estudo, optou-se por fazer nova passagem entre os dias 4 e 8 de julho, ao término dos quais chegou-se a um retorno de 75 questionários. Destes, sete foram entregues em branco e 68 (90%) foram respondidos. Os questionários foram respondidos voluntariamente e os dados dos respondentes não foram identificados.

4.5 Tratamento dos Dados

Os dados foram analisados através de percentuais e apresentados por tabelas e gráficos construídos pelo software Excel.

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

5.1 Características da Amostra

A população que preencheu os formulários constitui-se majoritariamente de mulheres (79%), e as idades variam entre 19 e 52 anos, sendo a maioria (60%) jovens, estando na faixa-etária 19-29 anos, conforme dados abaixo:

TABELA 4 – Faixa Etária dos Respondentes

Faixa Etária	Frequência	%
19-29	41	60%
30-39	18	26%
40-49	7	10%
Acima de 50	2	3%
Total	68	100

TABELA 5– Sexo dos Respondentes

SEXO	Amostra	%
Masculino	14	20,5%
Feminino	54	79%
Total	68	100

5.2 Nível de Informação – Prevenção, Transmissão e Tratamento

5.2.1 Prevenção

Neste item são analisadas as respostas das questões 3, 4, 5, 12, 13 e 14, que se referem à prevenção do HIV/Aids. Na questão 3, que trata sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), somente 3% não respondeu e 1% afirmou não ter conhecimento. Os demais (95%) não apenas afirmaram ter conhecimento, mas citaram diversas doenças sexualmente transmissíveis como Aids (91%), e Sífilis e Gonorréia (85%). Também foram citadas doenças que não são DST como “câncer de colo de útero”, “sapinho” e “DST” que não é o nome de uma doença, mas a sigla acima citada.

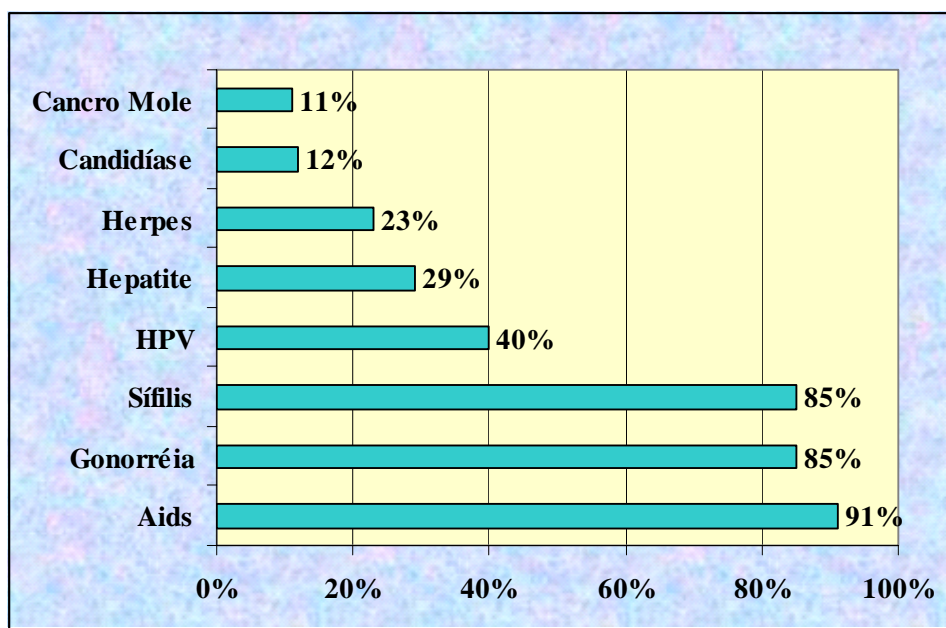


GRÁFICO 1 – DST mais Citadas

Sobre o HIV, na questão 4, apenas 3% descreveu o significado da sigla: “vírus da imunodeficiência humana”; outros fizeram citações baseadas em sua percepção como:

“é uma síndrome de desproteção contra as infecções por falta de anticorpos”.

Também há citações que indicam uma certa confusão entre o vírus (HIV) e a doença (Aids), no entanto, os 68 respondentes (100%) afirmam saber o que é o HIV:

“doença transmitida sexualmente”

“doença sexualmente transmissível ou por via sanguínea”

“síndrome da imunodeficiência adquirida”

A Aids, na questão 5, foi descrita como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida por 34% dos respondentes. No entanto, houve respostas que mostram a mesma dúvida sobre o HIV, ou seja, de que os dois são a mesma coisa, sem distinção entre o vírus e a doença, embora 100% afirmem saber o que é a Aids:

“pra mim é a mesma coisa que HIV”

“a mesma coisa que HIV”

“idem ao HIV”

“vírus que destrói as defesas do corpo humano”

“ataca especialmente os linfócitos T4, responsáveis pela defesa natural do nosso organismo”

Com relação ao uso do preservativo, na questão 12, pode-se dizer que não houve uma diferença considerável entre quem afirma usar sempre e quem afirma não usar, ficando em apenas 15%. Dos que afirmam não usar, na questão 13, (25%), a maioria justifica-se pelo fato de ter uma relação estável (53%), embora algumas respostas mostrem que nem mesmo estas pessoas têm certeza de sua segurança, tampouco, confiam integralmente em seus parceiros fixos:

“Sou casada há 16 anos [...] sei que isso não é nenhuma garantia,mas eu falo pra ele: se for pular a cerca, usa camisinha - sem, só comigo.”

“o parceiro é fixo há muito tempo”

“só mantenho relações com marido”

Também obteve-se respostas de 18% afirmando nunca terem mantido relações sexuais, 23% afirmando não ter vida sexual ativa e 6% afirmando ter problemas de ereção:

“nunca fiz sexo”

“não sou ativo sexualmente”

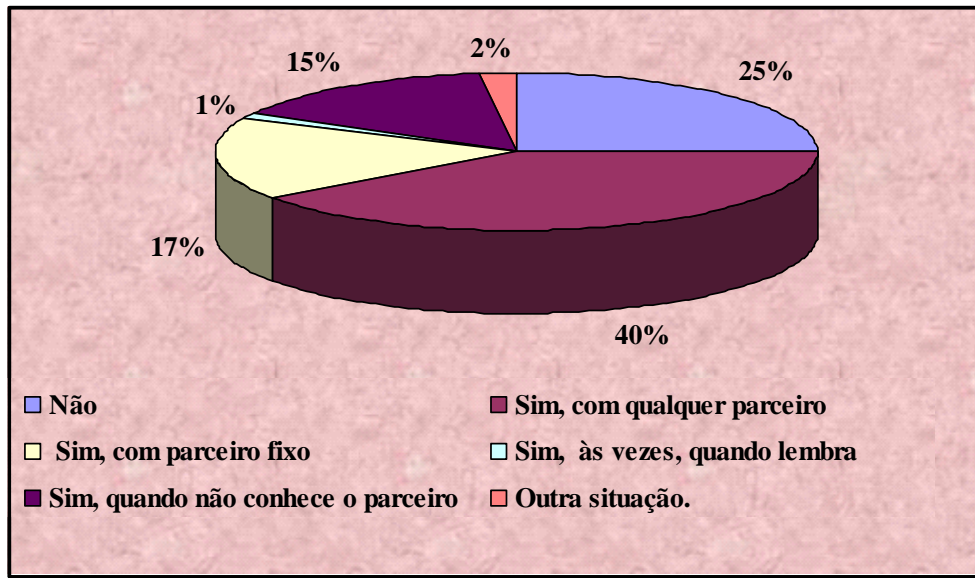


GRÁFICO 2 – Uso do Preservativo

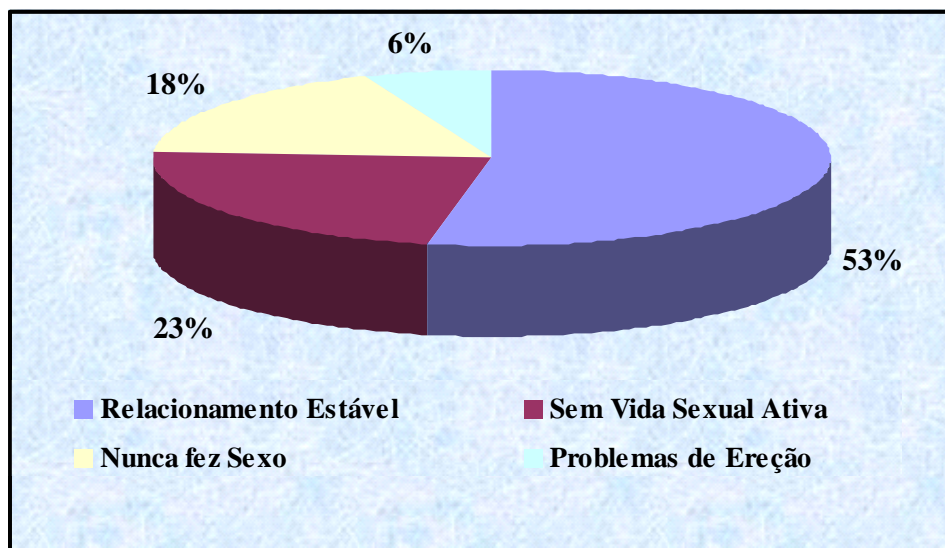


GRÁFICO 3 – Motivos para não Usar Preservativo

A questão 14, sobre o uso do preservativo em casais com indivíduos soropositivos, aparentemente demonstra um nível bastante elevado, como já ocorreu, quando 85% dos estudantes respondem Sim. No entanto, as respostas que seguem após a afirmação demonstram que este Sim não significa bom nível de informação, mas idéias preconceituosas sobre os indivíduos soropositivos, falta de informação, assim como um certo descaso quanto à sua saúde:

“ por que existe traição ”

“ porque pessoas soropositivas são promíscuas, na maioria das vezes ”

“ este doente deve usar preservativo, pois faz com muitos parceiros e pode espalhar uma epidemia ”

“ porque estas pessoas até fazem questão de não usar, para passar a outras pessoas [...] ”

“ para não fazerem a besteira de ter filhos ”

Também houve quem disse Não, mas demonstrou a mesma falta de informação:

“ já estão contaminados, não faz diferença ”

“ se os dois já estão contaminados, acho que o uso do preservativo é desnecessário ”

Contudo, houve respostas positivas, embora em menor número, que demonstram bom nível de informação sobre o assunto:

“ porque tem menos possibilidade de contrair o vírus um do outro ”

“ [...] porque o vírus pode ser diferente ”

“ para não ficarem se reinfectando ”

“ [...] evitar uma nova contaminação para não aumentar a carga viral ”

“ por que pode ocorrer a dupla exposição ao vírus ”

“ por que pode aumentar a quantidade de vírus e os remédios podem não fazer efeito ”

5.2.2 Transmissão

Neste item são analisadas as respostas das questões 6, 7, 18 e 19 que tratam de transmissão do HIV. Sobre as formas de evitar a transmissão, na questão 6, 98,5% dos respondentes afirmam saber. A forma mais lembrada foi o uso do preservativo (93%), seguido do não compartilhamento de seringas (58%). Devido à falta de informação também foram descritos outros meios de evitar a transmissão tais como:

“tomar pílula do dia seguinte poucos dias após o suposto contágio”

“evitando manter relações sexuais com mais de um parceiro”

“cuidando quando for a determinados lugares ex: dentista”

“materiais esterilizados na manicure/pedicure”

Também foi citado o cuidado com pacto de sangue, embora não tenha ficado claro o tipo de pacto de sangue ao qual o respondente se referia: se pactos feitos por grupos de usuários de drogas injetáveis (espécie de ritual de iniciação), ou pacto entre duas pessoas por motivos diversos.

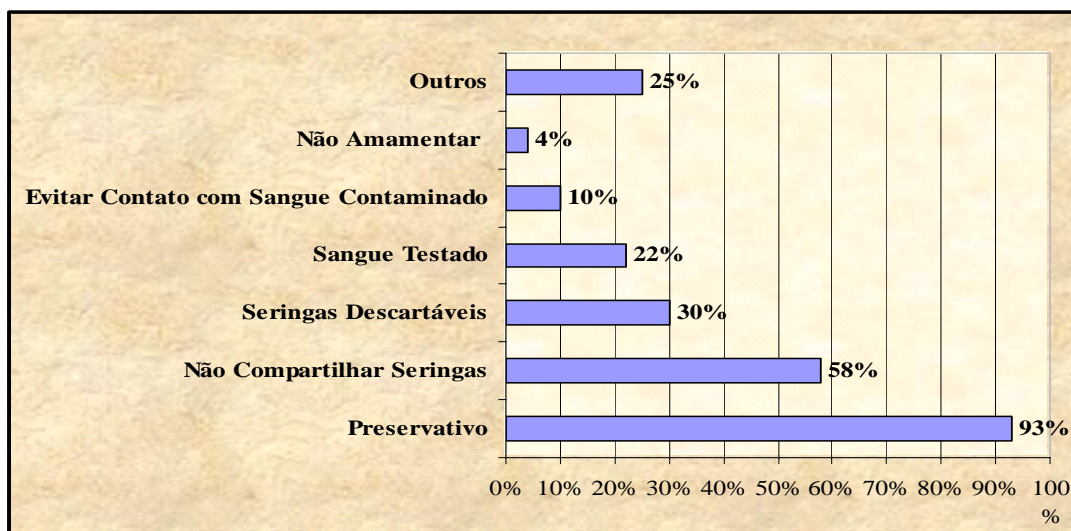


GRÁFICO 4 – Meios de Evitar a Transmissão do HIV mais Citados

A questão 7, que traz três alternativas sobre possíveis formas de transmissão manteve um padrão elevado de respostas corretas. Verificou-se, entretanto, uma queda importante deste padrão quando foram investigadas as possibilidades de transmissão através de doação de sangue, onde 73% respondeu sim, e amamentação, onde 18% respondeu não, 13% não sabia e 9% não respondeu. As siglas NS e NR correspondem respectivamente a Não Sabe e Não Respondeu.

TABELA 6 – Transmissão do HIV

TRANSMISSÃO	SIM	%	NÃO	%	NS	%	NR	%
Amamentação	41	60%	12	18%	9	13%	6	9%
Aperto de mão	-	-	66	97%	-	-	2	3%
Beijo na boca	8	12%	51	75%	3	4%	6	9%
Beijo no rosto	1	1%	65	95%	-	-	2	3%
Chimarrão	-	-	59	87%	7	10%	2	3%
Doação de sangue	50	73%	17	25%	1	1%	-	-
Espirro	1	1%	58	85%	6	9%	3	4%
Gravidez	54	79%	8	12%	2	3%	4	6%
Lençóis	3	4%	59	87%	2	3%	4	6%
Objetos cortantes	56	82%	5	7%	5	7%	2	3%
Parto	48	70%	10	15%	5	7%	5	7%
Picada de mosquito	4	6%	52	76%	11	16%	1	1%
Piscina	1	1%	64	94%	1	1%	2	3%
Praia	2	3%	64	94%	-	-	2	3%
Relação sexual anal desprotegida	61	90%	1	1%	1	1%	5	7%
Relação sexual oral desprotegida	57	89%	4	6%	6	9%	1	1%
Relação sexual vaginal desprotegida	67	98%	1	1%	-	-	-	-
Roupas e toalhas	2	3%	64	94%	-	-	2	3%
Seringas compartilhadas	67	98%	1	1%	-	-	-	-

Seringas não descartáveis	67	98%	1	1%	-	-	-	-
Telefone	1	1%	65	95%	-	-	2	3%
Transfusão de sangue não testado	66	97%	2	3%	-	-	-	-
Utensílios domésticos	2	3%	60	88%	3	4%	3	4%

O risco de contaminação, questão 18, apontado pelos respondentes, em sua maioria (65%) foi Baixo, 31% consideram ter risco Médio, e apenas 4% acreditam ter risco Alto de contrair HIV. Os motivos não variam muito. A maioria aponta a relação monogâmica – embora não exista confiança plena – e o não uso de drogas injetáveis como principal motivo por ter baixo e médio risco de serem infectados pelo vírus. Também identifica-se um teor preconceituoso nas respostas, determinação de grupos de risco, e ainda confusão entre grupo e comportamento de risco.

Motivos apontados para quem considera ter risco Baixo:

“confiança no parceiro fixo, controle da vida dele”

“sou casado e parto do princípio que se houver uma escapada haja prevenção”

“tenho um parceiro fixo e ele é bem recomendado”

“[...] não me exponho a comportamento de risco como promiscuidade e uso de drogas”

“até onde sei não estou em nenhum grupo de risco específico”

“[...] não preciso de transfusão de sangue”

Os respondentes que afirmam ter risco Médio demonstram falta de confiança com relação ao seu próprio comportamento, ao seu parceiro, ao seu trabalho, e com relação ao acaso, em contradição às respostas sobre o uso do preservativo com parceiros estáveis:

“apesar de todos os cuidados não me cuido 100%”

“muito raro transar sem camisinha, mas mesmo assim...”

“porque não uso camisinha com meu parceiro”

“sempre pergunto se fez o teste HIV, se não peço para fazer”

“devido ao meu trabalho, mas me cuido”

“o risco sempre existe”

“todo mundo tem o risco”

Sobre o Alto risco, a resposta mais expressiva também se refere a falta de confiança em seu próprio comportamento quanto ao uso de preservativo ou do seu parceiro:

“porque não conhecemos o passado da pessoas que temos relação”

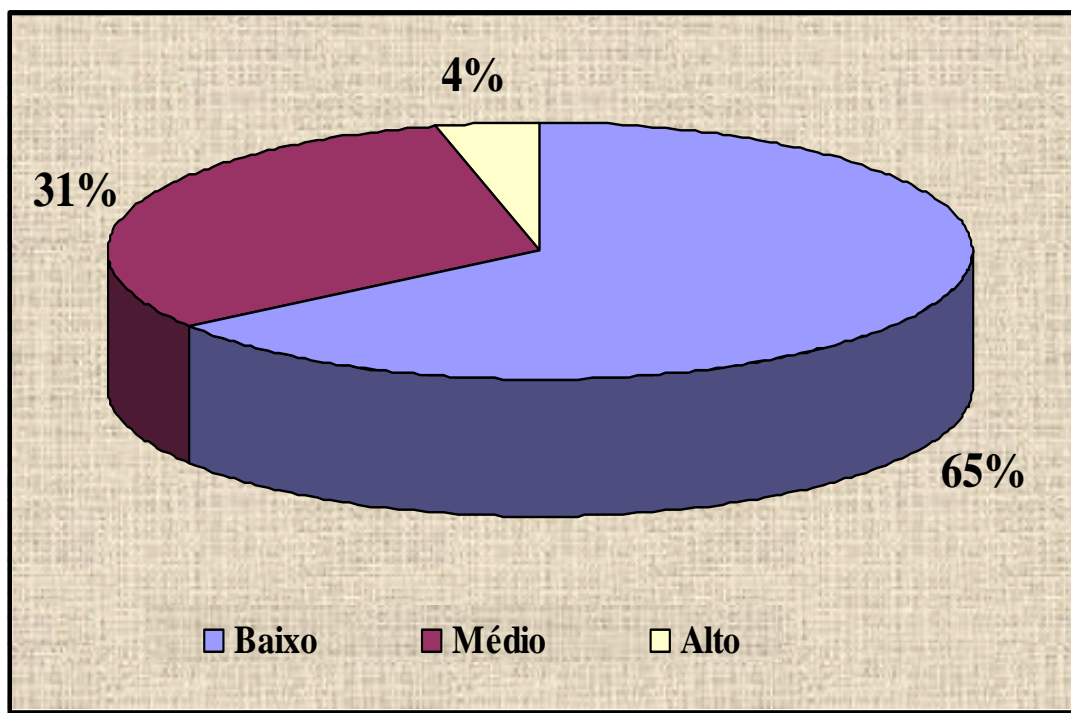


GRÁFICO 5 – Percepção do Risco de Contaminação pelo HIV

Na questão 19 sobre a atitude a ser tomada pós infecção pelo HIV, os respondentes, majoritariamente, tiveram opiniões conformistas (75%), afirmando que fariam o tratamento:

“tentaria fazer tratamento e procurar não transmitir a outras pessoas”

“ficaria muito triste, mas procuraria tratamento”

Há respostas que apontam para uma mudança de comportamento:

“tomaria mais cuidado, tentaria ter uma alimentação melhor e usaria preservativos nas relações além de falar para o parceiro”

“informaria meu marido e quebraria um monte de coisas na cabeça dele. Me separaria, procurava um médico e iria me tratar”

Tem respostas que mostram a falta de informação sobre o tratamento assim como a distribuição dos remédios e seus custos:

“iria ter um gasto enorme, dar mais trabalho para os centros de saúde, teria que comprar uma agenda para anotar, os horários, dias da distribuição de remédios [...] e um bom psiquiatra”

Também obteve-se respostas que apontam para a falta de perspectivas diante da vida caso houvesse a infecção, e outras que apontam para situações de culpa, medo do preconceito e fuga da realidade:

“cometeria suicídio”

“me enforcaria ou talvez me desse um tiro [...]”

“me retiraria de perto de todos que amo”

“[...] me sentiria culpada por não ter me prevenido mais”

“[...] não diria que tinha por causa do preconceito”

“duvidaria ceticamente”

5.2.3 Tratamento

Neste item são analisadas as respostas das questões 8, 9, 10 e 11 que tratam do tratamento da Aids. Sobre o tratamento da Aids, na questão 8, 73% afirmam conhecer, apesar de não explicarem exatamente: 70% mencionaram o coquetel, 24% o AZT e, de forma bem geral, 6% indicaram medicamentos. Obteve-se respostas que demonstram a falta de

conhecimento, assim como dúvidas ou confusões não apenas quanto ao tratamento em si, mas quanto a forma de adquirir a medicação:

“vacina da cura”

“terapia”

“o coquetel de remédios é bem caro”

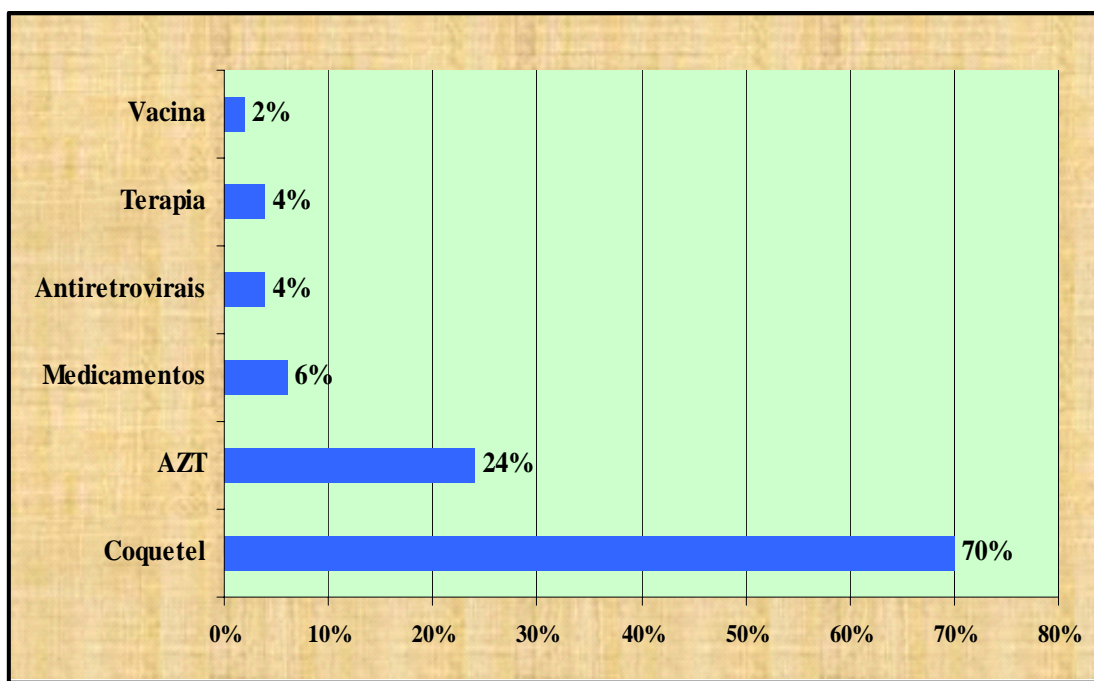


GRÁFICO 6 – Formas de Tratamento mais Citados

Em relação à questão 9, sobre o conhecimento dos antiretrovirais ao contrário da questão anterior, 72% dos respondentes afirmam não saber que se trata do tipo de medicação utilizada contra o HIV, que é um retrovírus. Apenas 5% citou o AZT, 5% citou o coquetel e 10,5% afirmam que trata-se dos medicamentos para controlar a taxa viral. As demais respostas são bem distintas e gerais, como “remédios” (10,5%), e outras que comprovam dúvidas e também que o tratamento é algo distante da sua realidade:

“é a recontaminação pelo vírus”

“antibióticos utilizados para combater o vírus”

“é o tipo de vírus”

“serviço de monitoramento prestado à pacientes”

“o vírus está em constante mutação, reforçando-se contra a medicação”

A respeito dos testes, na questão 10, 75% dos respondentes afirma ter conhecimento, mas somente 2 deles (4%) citou o ELISA, 24% afirma não conhecer e 1% não respondeu. Apesar de não haver respostas explicando os testes, pode-se considerar que os estudantes de Biblioteconomia têm um bom conhecimento sobre o que eles detectam:

“testam se o organismo está produzindo anti-corpos contra o vírus”

“em caso de o resultado ser positivo, é feito outro exame para confirmar ou não o resultado”

“caso dê positivo faz outro pra confirmar”

Houve também respostas que mostram as dúvidas sobre a janela imunológica (tempo de espera para se detectar a resposta ao vírus pelo corpo antes de fazer algum exame) e sobre o número de testes existentes, entretanto não podem ser consideradas de todo erradas uma vez que são informações pouco divulgadas:

“só detecta depois de 6 meses da contração do vírus”

“são 3 testes diferentes”

“há dois tipos um mais detalhado e outro menos, mas esse deve ser repetido depois de 6 meses, pra confirmar o resultado”

Novamente percebe-se que, para algumas pessoas não há distinção entre HIV e Aids:

“para saber se a pessoa é portador da doença”

Sobre os locais para fazer os testes, na questão 11, 66% afirmam conhecer. Os Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA – só foram citados por 11% dos respondentes, que afirmam conhecer o COAS/CTA Paulo César Bomfim no Postão da Vila Cruzeiro e o CTA Estadual no Ambulatório de Dermatologia Sanitária. Os demais citaram postos de saúde (47%), laboratórios (31%), e hospitais (29%). Destes o mais citado foi o HCPA (11%), os hospitais particulares juntos somaram 15%, os bancos de sangue juntos somam 11% e 34% dos respondentes afirma não conhecer nenhum local.

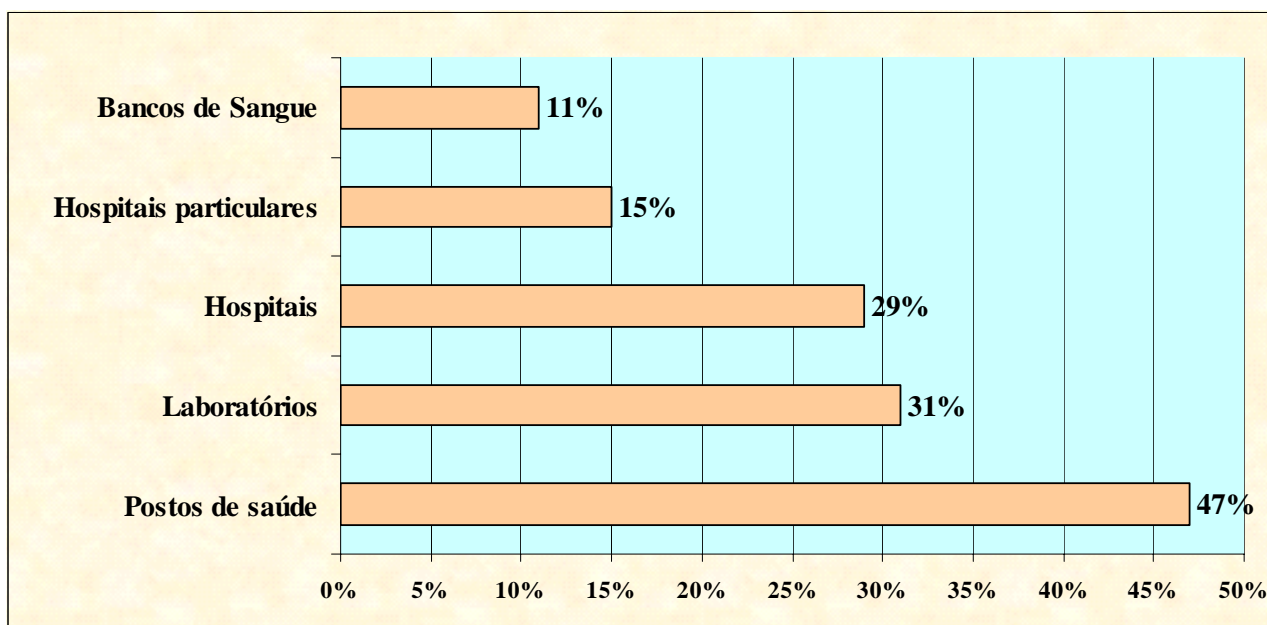


GRÁFICO 7 – Locais de Testagem mais Citados

5.3 Meios de Comunicação e Fontes de Informação

Serão analisadas neste item as questões 15, 16, 17, 20 e 21 que tratam dos meios de comunicação e fontes de informação. O meio de comunicação citado como responsável pela

maior obtenção de informações sobre HIV/Aids na questão 15 foi a tv (62%), seguido da Internet (49%), e o menos utilizado é o rádio (22%). Além das opções também foram mencionados na questão 16 outras fontes de informação, como folders (20,5%), revistas especializadas (12%), e bibliotecas (9%).

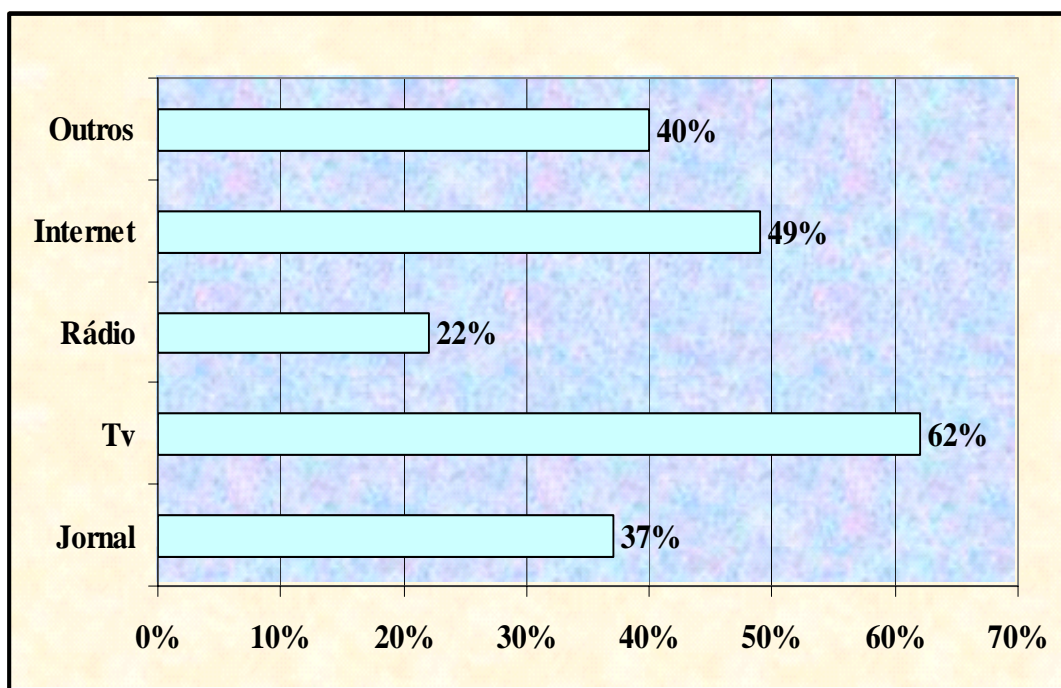


GRÁFICO 8 – Meios de Comunicação e Fontes de Informação

Na questão 17, foram interrogados sobre sua opinião a respeito de algumas fontes de informação sobre o HIV/Aids, e obteve-se mais críticas do que elogios:

a) campanhas: apenas 15 respondentes (22%) acham boas, e 5 (7%) acham esclarecedoras. Os demais dividem-se entre opiniões de que são pouco esclarecedoras (7%), fracas (10%), pouco frequentes (13%), ruins (3%), e 12% não respondeu, fato este que não deixa claro se a falta de resposta se dá por falta de conhecimento ou pelo fato de não estarem dispostos a responder.

Obteve-se também respostas como:

“precisam chocar”

“muito apelativas”

“bobas e infantis”

“precisam ser mais específicas”

“não surtem grande efeito por não mostrar os efeitos da Aids”

“mais conscientizadoras, pouco explicativas”

“mais abrangentes quanto ao público”

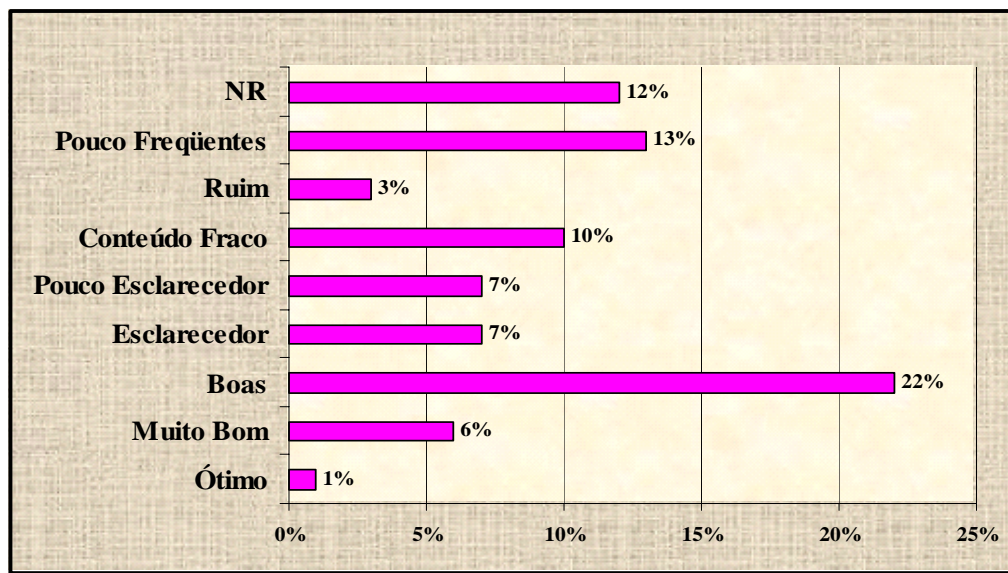


GRÁFICO 9 – Opinião sobre Fontes de Informação – Campanhas

b) publicações científicas: segundo 20,5% dos respondentes elas são pouco acessíveis, pouco divulgadas (13%), e boas (13%). Houve um número alto de alunos que não responderam, o NR chegou a 34% e novamente tornou-se difícil avaliar o motivo, que poderia ser a falta de conhecimento ou falta de motivação para escrever:

“geralmente dialogam pouco com quem são mais leigos no assunto”

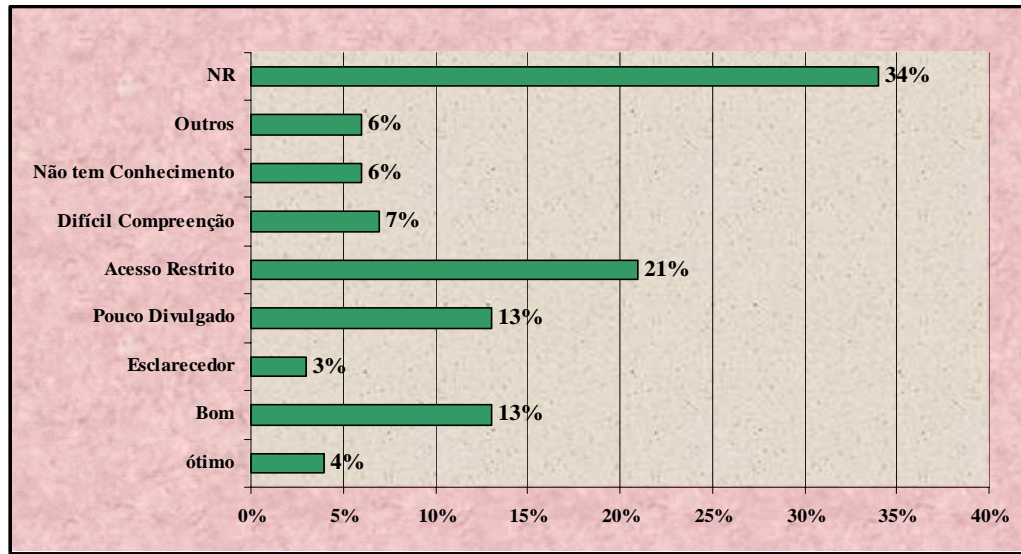


GRÁFICO 10 – Opinião sobre Fontes de Informação – Publicações Científicas

c) publicações em geral: foram consideradas boas por 26% dos respondentes, tem conteúdo fraco para 10%, são ruins para 1%, e 31% não respondeu, NR, fato este que dado a sua repetição pode demonstrar que os estudantes não conhecem muitas publicações específicas e científicas, uma vez que o número de NR para campanhas foi bem menor:

“devem ser dirigidas aos jovens”

“linguagem mais acessível”

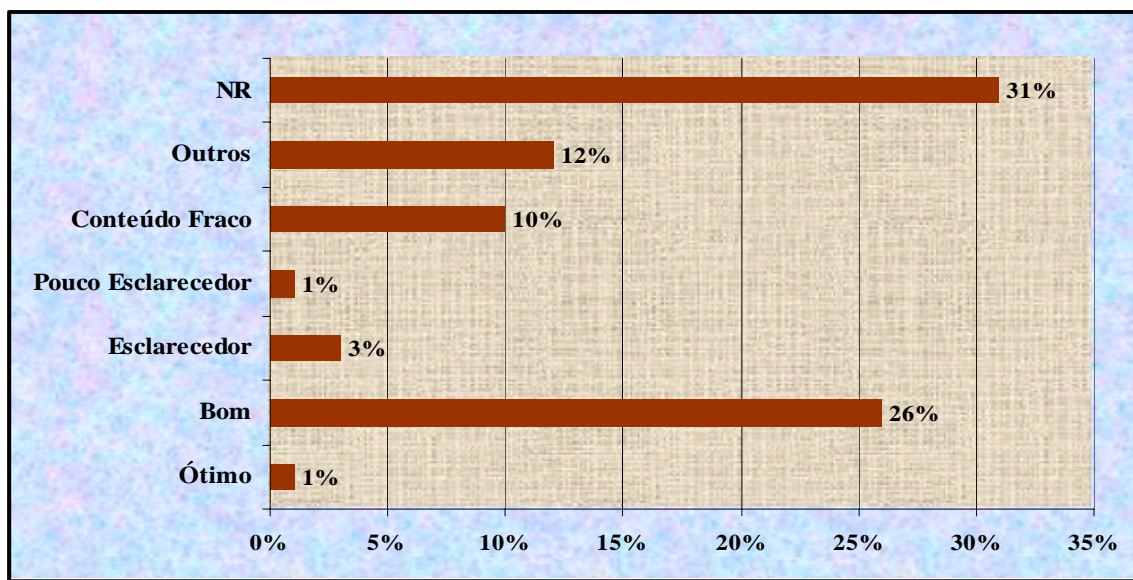


GRÁFICO 11 – Opinião sobre Fontes de Informação – Publicações em Geral

d) folders: foram considerados bons por 25% dos respondentes, simples e educativos por 10%, e com conteúdo fraco por 6%:

“só encontrados nos postos de saúde e não, por exemplo, em danceterias”

“não atingem quem mais precisa”

“maneira bem prática e rápida de transmitir as informações”

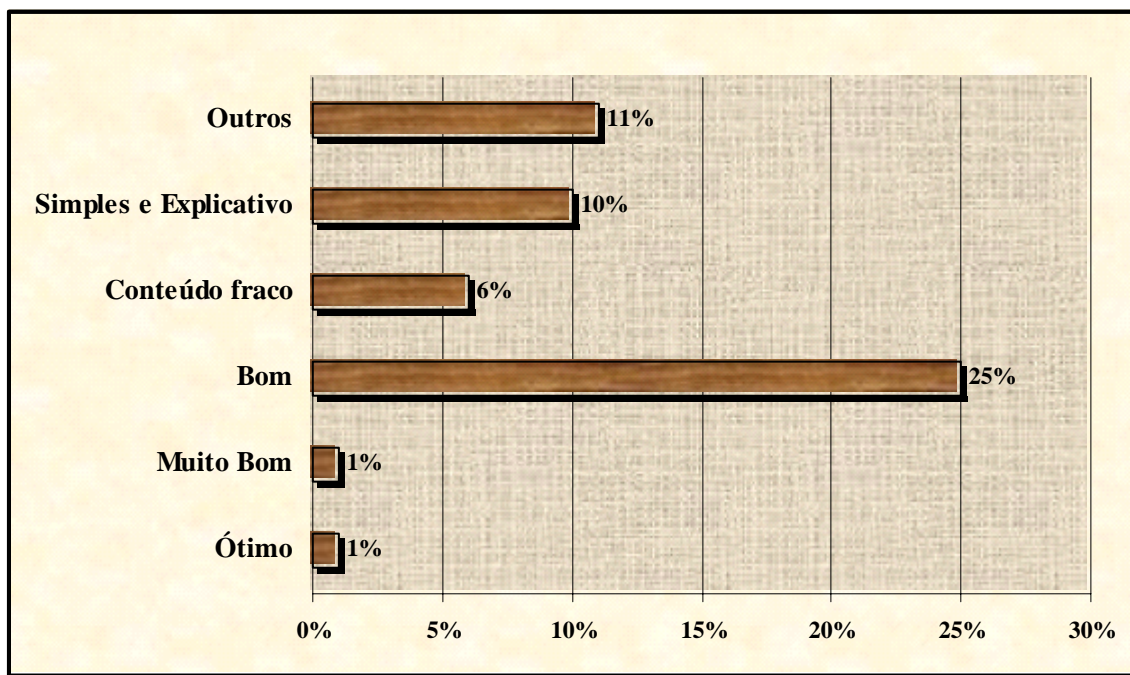


GRÁFICO 12 – Opinião sobre Fontes de Informação -Folders

As outras fontes foram pouco citadas, 44% não respondeu e os demais citam a tv e palestras (3%), e a escola (1%):

“não devem ser sazonais”

“a tv atinge um público maior”

“palestras são muito esclarecedoras”

Com relação às palestras, na questão 20, 65% afirma já ter participado. O motivo mais citado foi aula (19%), seguido de interesse pessoal (13%), e os locais foram a escola (38%), e os postos de saúde (9%). Também foram mencionados locais como a PUCRS, a Coordenação da Mulher do Município de Gravataí, e a Ong Nuances. Houve 12% de NR, o que pode significar que os estudantes que não responderam não assistiram uma palestra sobre o HIV/Aids.

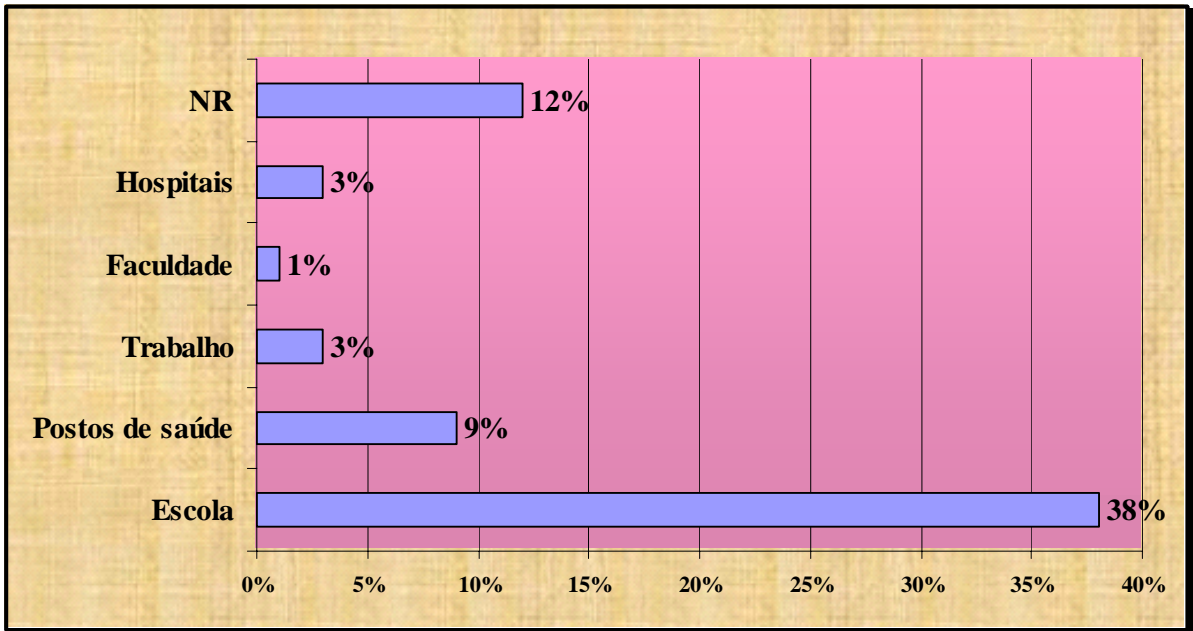


GRÁFICO 13 – Locais das Palestras

Dos respondentes que assistiram palestra, conforme mostra a questão 21, 38% achou muito bom, 32% achou ótimo, e 20% achou bom. Outros 5% afirmam não ter sido nada esclarecedor:

“já sabia tudo que tinham falado”

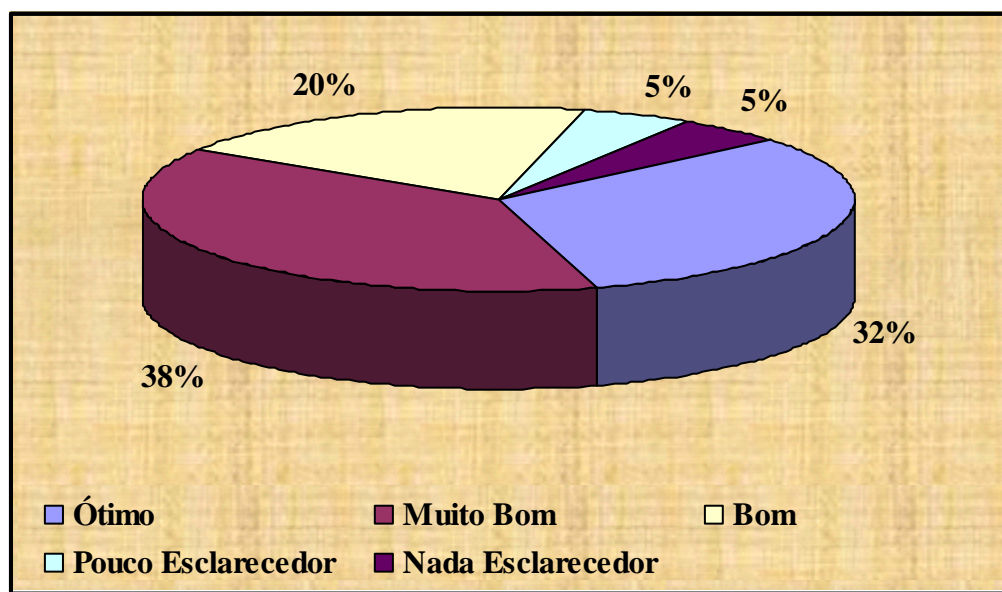


GRÁFICO 14– Opinião sobre a Palestra

5.4 Necessidades de Informação

Aqui serão analisadas as respostas às perguntas 27, 28 e 29 sobre as necessidades de informação dos alunos de Biblioteconomia a respeito do HIV/Aids. De acordo com seu conhecimento, na questão 27, os respondentes apontam o tratamento da Aids como aspecto da doença que mais necessita ser esclarecido (49%), seguido de transmissão (30%), e prevenção (21%), e explicam:

“o tratamento é o que menos veicula na mídia”

“ainda existem dúvidas sobre as formas de contágio”

“sempre prevenção”

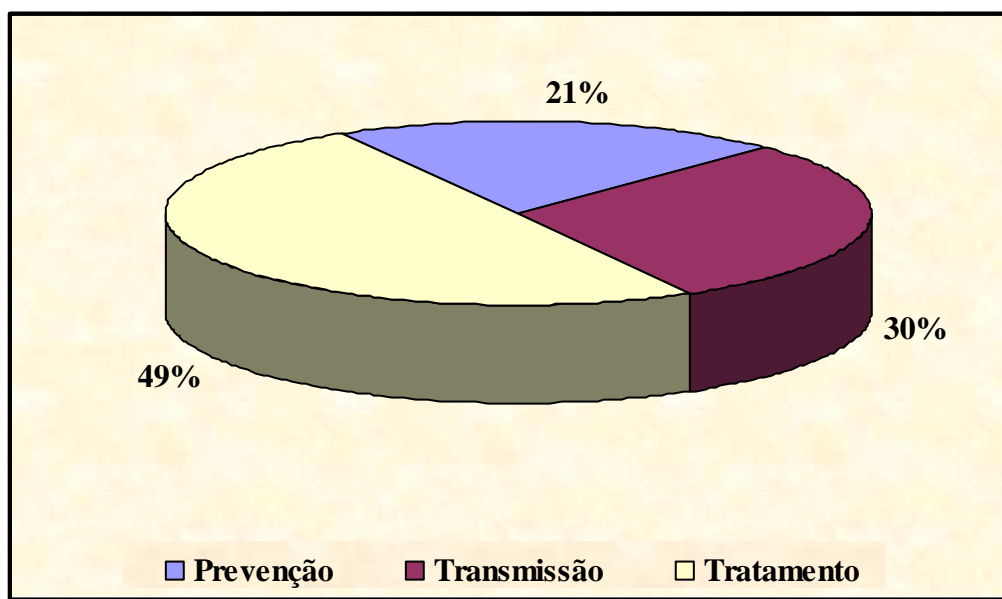


GRÁFICO 15– Necessidades de Informação sobre HIV/Aids

Sobre o nível de conhecimento que consideram ter sobre HIV/Aids, na questão 28, 55% afirma ter conhecimento regular, 44% considera seu conhecimento suficiente, e apenas 1% acredita ter conhecimento insuficiente. A opinião dos respondentes a respeito de seu nível informacional vai de encontro com o déficit de conhecimento percebido nas respostas anteriores.

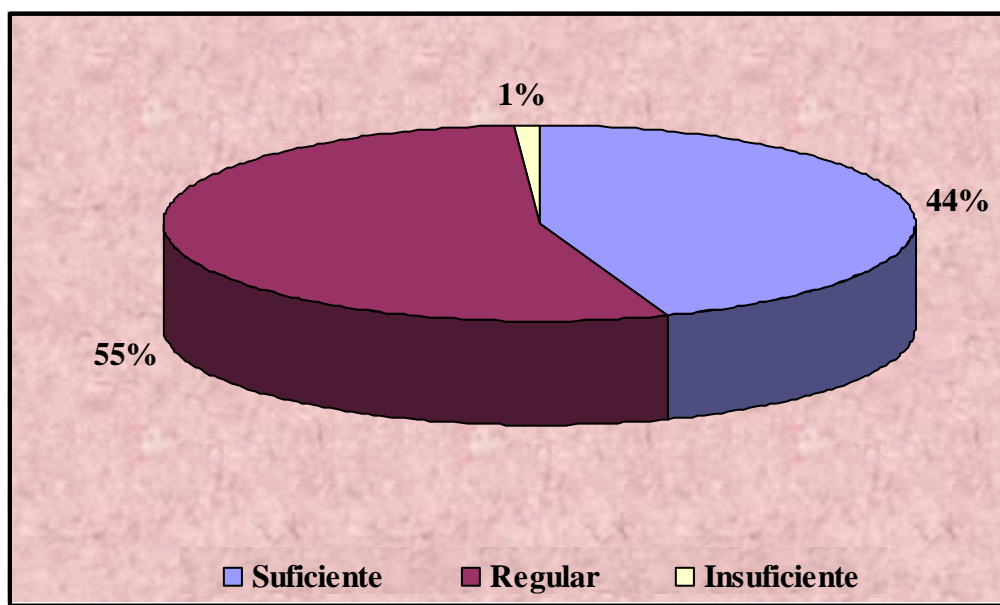


GRÁFICO 16– Nível de Conhecimento Sobre HIV/Aids

Quanto à pergunta 29, que questiona os respondentes sobre uma possível participação em alguma palestra sobre o tema 67% afirma ter vontade, 30% afirma não ter vontade e 3% não respondeu. As justificativas positivas são:

“pela importância e seriedade do assunto”

“[...] nós como profissionais da informação, podemos desenvolver atividades e campanhas nas bibliotecas”

“como profissionais da informação é importante estar bem informado sobre um tema tão em voga”

E as negativas são:

“porque não tenho tempo”

“atualmente não me desperta maior interesse”

“palestra geralmente é chato”

“sei tudo que preciso saber e tenho mais o que fazer do meu tempo!”

5.5 Sugestões para Campanhas

O item analisa as questões 22, 23, 24, 25 e 26, relativas as opiniões dos alunos de Biblioteconomia sobre as campanhas de HIV/Aids.

Na questão 22, as campanhas foram lembradas por 78% dos respondentes, sendo as veiculadas na tv as mais mencionadas (24,5%). Com relação ao conteúdo, as campanhas que falam do carnaval são as mais lembradas por 43% dos estudantes.

Também foram lembradas as campanhas do Bráulio (7,5%), “quem ama usa” (2%), “quem vê cara não vê Aids” (3%), “vista a camisa” (2%), “fique sabendo” (2%), e “se você lembrar que todo mundo tem um passado usaria camisinha” (7,5%). Ainda foram mencionadas a campanha do piano sobre o teste, do uso de drogas, e da chaminé do Gasômetro vestida de camisinha. Foram lembrados os responsáveis por campanhas, como as ONG Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA), Nuances, Positivas Brasil e Somos. Também foram citados o Ministério da Saúde (MS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES), a emissora de tv MTV e o Diretório Central dos Estudantes da UFRGS (DCE/UFRGS).

Na questão 23, dos 53 respondentes que afirmam lembrar de campanhas, 37% consideram-nas boas, 25% ótimas e 15% pouco esclarecedoras.

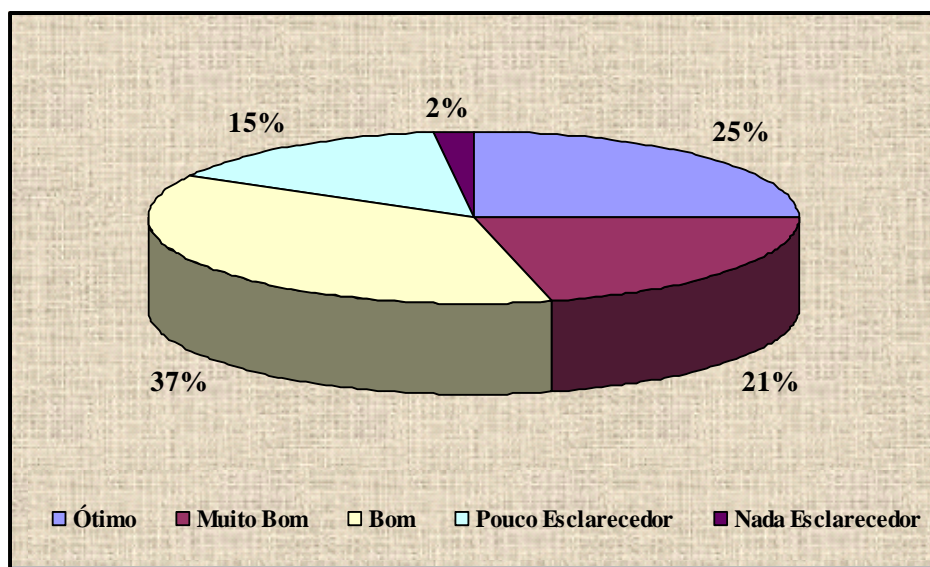


GRÁFICO 17– Opinião sobre Campanhas

Na questão 24, que pede aos respondentes para apontarem críticas ou pontos positivos, a maioria fez críticas (93%). É necessário, no entanto, separá-las por tipo como:

a) críticas ao conteúdo:

“fracas”

“pouco esclarecedoras”

“só falam de camisinha”

“não abordam o tema com clareza”

“não divulgam informações sobre transmissão vertical [...]”

“algumas tem tom de comédia”

“não divulgam os sintomas”

“[...]a forma utilizada não esclarece e sim cria terrorismo”

“não devem ligar Aids à morte”

“precisam enfatizar o uso da camisinha com relação às dst e gravidez”

b) críticas à frequência:

“são sazonais”

“deveriam passar o ano inteiro”

“só são veiculadas no carnaval”

c) críticas quanto à abrangência/cobertura:

“precisam atingir mais os jovens”

“tentam atingir toda a população sem levar em conta a dificuldade social”

Há também quem acredite que as campanhas estimulam o sexo sem limites para os jovens, quando na verdade se toma uma medida de redução de danos, e gostariam que as campanhas fizessem orientações sobre o comportamento sexual dos indivíduos, o que :

“incitam a sexualidade nos jovens distribuindo camisinha precocemente”

“deveriam orientar o comportamento sexual”

“incentivam sexo livre”

Como pontos positivos, as poucas respostas são bastante gerais e demonstram aceitação sobre as campanhas:

“muito divulgadas em festas populares”

“abrangem todas as classes sociais”

“a mídia ajuda a conscientizar a população”

“são bem humoradas”

Com relação ao que deve ser divulgado nas campanhas, na questão 25, os respondentes majoritariamente, referem-se à prevenção, transmissão e tratamento conforme gráfico abaixo.

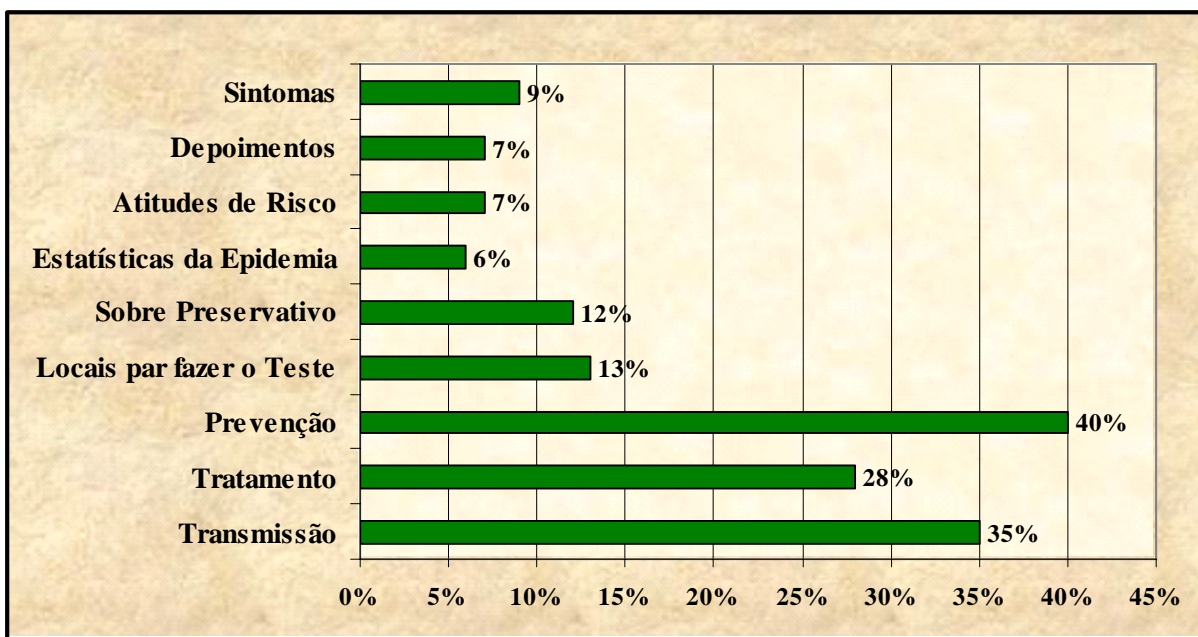


GRÁFICO 18– O que Deve ser Divulgado nas Campanhas

Obteve-se ainda outras opiniões sobre o que deve ser divulgado:

“faça o pré-natal”

“explicações de todas as dst’s”

“enfatizar a solidariedade”

“atingir público adolescente”

“direitos civis dos soropositivos”

Também obteve-se opiniões que apresentam um baixo nível de informação sobre o que acham que deve ser divulgado:

“mostrar que o aidético foi relaxado com a sua vida [...]”

“[...] mulheres que pegam dos maridos gays”

“casos de mães portadoras que contaminam seus bebês inocentes”

Sobre o que não deve ser divulgado, praticamente não houve diferença na proporção das respostas que também não variaram muito, embora 25% tenha dado outras respostas citadas abaixo do gráfico.

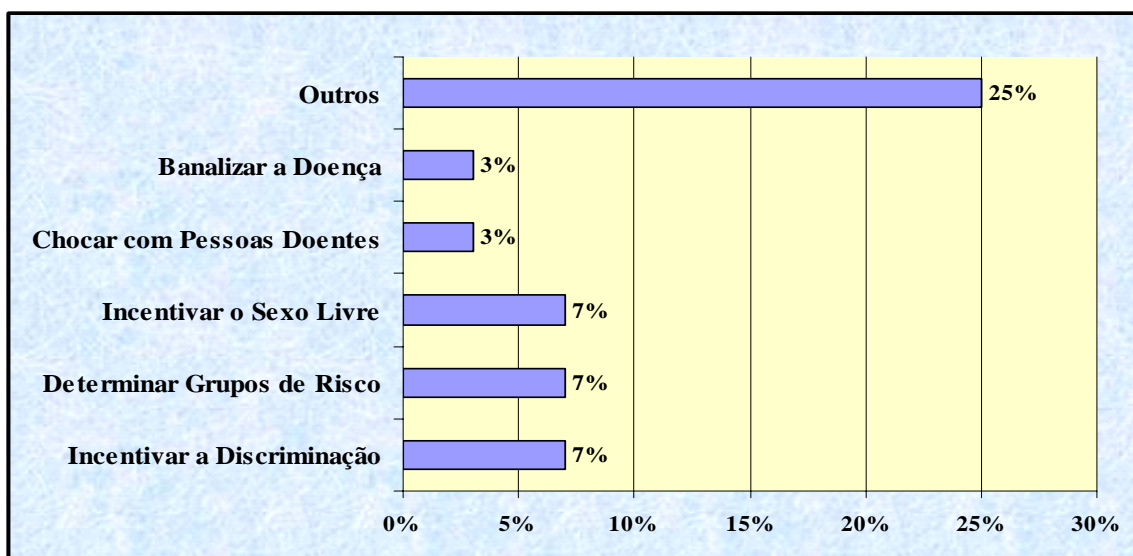


GRÁFICO 19– O que não Deve ser Divulgado em Campanhas

As outras respostas sobre o que não deve ser divulgado são:

“ligar a aids à promiscuidade”

“tratar toda a pessoa que faz sexo como promíscua”

“a igreja católica não devia interferir nas campanhas”

“preconceito aos doentes”

“mostrar só pessoas jovens, pois os velhos também transam sem

camisinha”

Também obteve-se respostas totalmente contrárias a estas:

“colocar as pessoas infectadas como ‘coitadinhas’[...]”

“estimular o ‘oba oba’ no sexo”

“não incentivar o sexo livre”

Por último, na questão 26, de acordo com 57% dos respondentes, a melhor forma de atingir a população semelhante a eles, ou seja, os estudantes universitários, é através de campanhas, seguido de palestras (47%), publicações específicas (32%), e vídeos (31%).

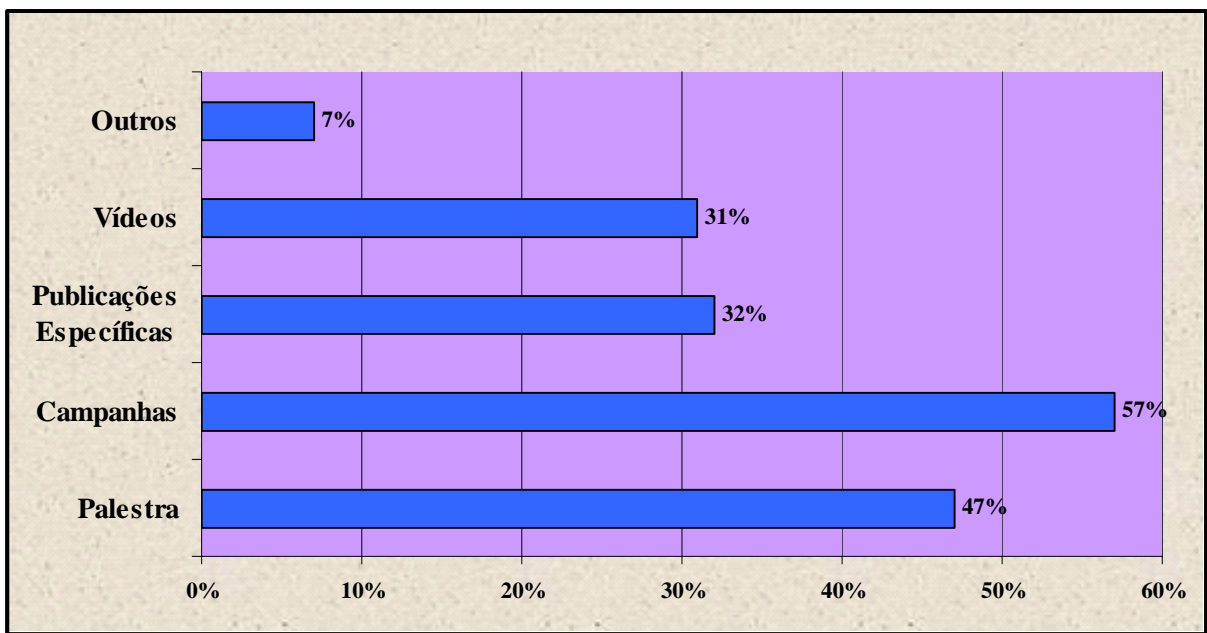


GRÁFICO 20 - Melhor Forma de Atingir Estudantes Universitários

Os outros (7%) são folders, tv, Internet e cartazes. Dos respondentes que justificaram sua opção, obteve respostas como:

“com campanhas na mídia mesmo quem não tem interesse no assunto é

alcançado e recebe informações”

“campanhas permanentes poderão criar uma nova visão sobre a doença e tornar a prevenção um hábito praticado por todos, o tempo todo”

“campanhas porque a maioria não lê as leituras obrigatórias [...] possivelmente não iriam ler por conta própria o que fosse publicado em uma publicação específica para o meio”

“palestras possibilitam maior interação com o assunto”

“palestras e publicações científicas dão informações mais detalhadas”

“vídeos são mais rápidos, de fácil acesso, de grande abrangência [...]”

“vídeo facilita a interpretação, vídeo seguido de debate”

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho procurou detectar nos estudantes de Biblioteconomia da UFRGS o seu nível de informação a respeito da transmissão, da prevenção e do tratamento do HIV/Aids, assim como suas necessidades de informação, os meios de comunicação e fontes de informação utilizadas por eles para se manterem informados sobre o assunto, e ainda obter sugestões para campanhas.

Quanto ao nível de informação dos estudantes, pode-se considerar este nível regular. Apesar de algumas respostas terem um bom conteúdo, ou mesmo de ter-se obtido um bom número de respostas corretas nas questões fechadas, os respondentes se contradizem em diversos momentos como, por exemplo, quando afirmam estarem bem informados e, no entanto, dão respostas que fogem completamente à realidade. Isto revela um conhecimento geral sobre o assunto, nada que ultrapasse o que as campanhas mostram, e ainda demonstram mais dúvidas.

Não existe, por parte dos estudantes um conhecimento mais profundo, embora não seja possível afirmar que não haja interesse, apenas parece que o HIV e a Aids, como todos os demais vírus, doenças e tragédias que ocorrem na sociedade em que vivem, se passam do lado de fora de suas casas. Parece que tudo pode acontecer com as outras pessoas, mas está distante deles, e sendo assim, parece não haver motivos concretos para que se saiba muito a respeito.

Passando pelas questões, pode-se dizer que os alunos têm informação suficiente sobre as DST, mas ainda confundem o HIV com a Aids, o que quase 30 anos depois da descoberta do HIV/Aids, é uma falha considerável. A camisinha é o meio de prevenção mais lembrado e também mais utilizado pela maioria dos alunos em sua vida sexual, embora as relações

monogâmicas signifiquem para eles, ainda hoje, uma tábua de salvação contra o vírus, motivo pelo qual cresce tanto o número de mulheres casadas contaminadas com o HIV, é a chamada vulnerabilidade feminina – considerando que a maioria, ou 79% dos respondentes são mulheres.

Apesar de não haver justificativa, há pessoas que atribuem a responsabilidade de sua vida e sua saúde nas mãos de outra pessoa, neste caso em especial, nas mãos do seu parceiro (a). E isto acontece em meio a diversas afirmações sobre falta de confiança, em que os alunos deixam claro que não confiam completamente nos seus companheiros (as), mas não usam preservativo com os mesmos (as), entre outras afirmações do tipo. Isto demonstra a incerteza com relação à infecção pelo HIV, por isto é preciso deixar bem claro que não usar preservativo com parceiro fixo é um comportamento de risco do qual todos têm de estar conscientes e preferencialmente evitar.

Já no que diz respeito aos casais soropositivos, a maioria das respostas, a princípio, parecem ter um nível suficiente de conhecimento, quando afirmam que os indivíduos devem usar preservativo mesmo já tendo sido contaminado. No entanto, logo percebe-se que não correspondem à realidade e têm cunho preconceituoso e moralista, reforçando a imagem que o indivíduo soropositivo e o doente de Aids têm perante a sociedade, ou seja, de pessoas promíscuas, marginais, “drogadas”, com comportamento imoral que procuraram esta situação, e somente por este motivo devem usar preservativo.

Sobre as formas de transmissão, as maiores dúvidas têm a ver com a amamentação, o beijo na boca, o chimarrão, o espirro, a gravidez, os objetos pérfuro-cortantes, o parto e a picada de mosquito. Estas dúvidas podem ter relação com o fato de a maioria das campanhas não explicar com precisão as formas de transmitir o vírus. Mesmo assim, é preocupante que os

alunos não saibam exatamente como se dá a transmissão. O coquetel e o AZT são conhecidos pelos respondentes, mas poucos sabem explicar como acontece o tratamento da Aids, o que é perfeitamente compreensível, uma vez que as campanhas também não divulgam informações a respeito deste assunto. Isto também ocorre quanto aos antiretrovirais, os testes e seus locais de realização. A maioria dos alunos afirma conhecer, mas não sabem explicar onde fazer os testes e nem citar algum exame.

Foram diversas as respostas preocupantes, mas a maioria dos alunos afirma ter risco baixo de contrair o vírus, o que poderia ser atribuído ao fato de afirmarem que usam preservativo em todas as suas relações, como mostrou a questão do preservativo acima citada. No entanto, a maioria que afirma ter risco baixo, relaciona este baixo risco com sua relação monogâmica – mesmo existindo falta de confiança - e então temos mais contradições, e conseqüentemente mais riscos para estes alunos. Um ponto positivo, foi o fato de quase todos afirmarem que fariam tratamento caso contraíssem o HIV, o que significa que acreditam poder viver com a doença, que hoje é uma doença crônica, e não significado de morte.

Mas os estudantes têm de aprender um pouco mais, tanto no que diz respeito à doença em si, quanto aos aspectos sociais relacionados a ela, para que não repitam e reproduzam algumas frases cheias de conclusões preconcebidas, como ocorreu em um primeiro momento em que se falava de epidemia dos homossexuais e dos usuários de drogas injetáveis. Hoje a epidemia do HIV/Aids atinge todos os grupos de indivíduos, independente de raça, idade ou classe social, embora o número de casos seja maior em países cuja população é extremamente pobre, como os países da África. Lá, e em outros países subdesenvolvidos, a Aids tornou-se a epidemia dos excluídos, dos sem teto, dos sem comida, sem emprego, e principalmente sem assistência por parte dos seus governantes.

Quanto às necessidades de informação, todas as respostas apontam para um conhecimento insuficiente ou regular sobre o HIV/Aids, no entanto, as diferenças entre quem considera seu nível de conhecimento regular ou suficiente é de apenas 10%. Embora o tratamento tenha sido apontado como a maior dificuldade, ou seja, o que eles menos sabem sobre a Aids, também precisam ser esclarecidos sobre prevenção e transmissão, para mudar alguns conceitos pré-estabelecidos contra o que chamam de “grupos de risco”. Também precisam ser esclarecidos para poder cuidar mais de si mesmos evitando a possibilidade de infecção, e isto só será possível com mais informação.

O fato de a maioria manifestar o desejo de participar de uma palestra sobre HIV/Aids significa que este quadro de desinformação geral pode ser revertido. Mas antes de tudo, estes futuros profissionais da informação precisam entender um pouco de informação social, de informação de utilidade pública, para superar o preconceito e a falta de vontade de aprender sobre um problema que ao contrário do que se pensa, faz parte da vida de todos. É preciso ter vontade de cumprir com seu papel de agentes de informação, mas antes, eles mesmos precisam ser informados.

Sobre os meios de comunicação e as fontes de informação, a tv, segundo a maioria, é o meio de comunicação mais eficiente para atingir a população de todo o país, embora eles tenham acesso à Internet, que foi o segundo meio mais citado. Esta ferramenta, se bem utilizada, poderia ser uma peça fundamental para que os profissionais da informação tivessem acesso ao que diz respeito à saúde pública e, a partir daí, pudessem desenvolver ações para melhorar sua qualidade de vida e das comunidades onde atuam.

Também, segundo os alunos, as campanhas não esclarecem o suficiente, as publicações científicas têm acesso restrito, as publicações em geral não aparentam ter grande

importância, e os folders são clássicos, mas também não esclarecem todas as dúvidas. Inclusive houve sugestões para que os folders fossem distribuídos em escolas e clubes noturnos para ampliar o acesso à informação, o que pode ser uma iniciativa importante.

As palestras são bastante importantes para que haja, de acordo com os estudantes, uma interação do palestrante (se ele for soropositivo ou doente de Aids) com o público, no entanto, com o passar do tempo as pessoas vão esquecendo o conteúdo, embora parcialmente. É possível também, que por este motivo, a tv seja o meio mais eficiente de conscientizar a população sobre um problema tão grave como este, mas isto desde que o HIV e a Aids fossem um tema mais trabalhado em telenovelas, minisséries, programas em geral, e em comerciais, para que esta conscientização fosse cotidiana e contínua.

Enfim, o HIV/Aids deveria ser tratado de diversas formas para atingir todas as parcelas da população, e isto deveria ser feito com uma periodicidade regular, melhor ainda se fosse diário, ou no máximo, semanal. As emissoras de tv deveriam se preocupar muito mais com o HIV e a Aids, e as campanhas de ONG, do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde deveriam ser veiculadas sem nenhum custo para que todos pudessem ter mais informações, uma vez que obter informações para o bem da saúde pública deveria ser um direito de todos, ao invés de significar lucro financeiro.

Com relação às sugestões para campanhas, a maioria dos alunos contesta bastante as até então veiculadas. Para eles, não é possível que a maioria das campanhas falem só de camisinhas e que só sejam veiculadas no carnaval. Eles criticam a periodicidade das campanhas e o conteúdo como, por exemplo, a campanha que chamou o pênis de Bráulio, porque acabou virando piada e poucas pessoas levaram-na a sério. Os estudantes são a favor

de campanhas que mostrem a realidade, que falem de prevenção, transmissão, e tratamento, de forma séria.

Os alunos querem campanhas que expliquem cada etapa da doença, que falem dos primeiros sintomas, que informem a todos, mas não como a maioria dos folders, que se restringem a mostrar como pôr o preservativo, ou como as campanhas que são formadas por frases supostamente de impacto, mas que não mudam o comportamento das pessoas. Isto acontece por que elas não explicam e não informam completamente, e nenhum indivíduo vai mudar sua rotina em função de algo que ele desconheça.

A Aids é desconhecida em seu conteúdo, e é isto que tem que mudar. O que as pessoas sabem e acreditam é que ela mata – o que já não é uma realidade, ao menos para quem se trata devidamente - e que virou epidemia, mas tudo de forma geral, bem longe de todos. Os números não vão parar de crescer enquanto não houver campanhas extremamente esclarecedoras que passem todos os dias na tv e não apenas no dia 1º de dezembro – Dia Internacional de Combate ao HIV/Aids.

São necessárias campanhas que estejam em outdoors, em todos os lugares, que cheguem onde todo o resto ainda não chegou, que as pessoas que não dispõem de energia elétrica conheçam a Aids, que as pessoas que não sabem ler conheçam a Aids. Campanhas que antecipem as informações, que não restrinjam o público, e que, principalmente, tirem as dúvidas. Caso contrário, nunca vai se conseguir acabar com os medos e preconceitos, e pior, não vai ser possível impedir o avanço da doença.

Para finalizar, os bibliotecários podem realizar diversas atividades em suas bibliotecas. A informação social, como já foi citado, não precisa necessariamente estar contida

em material bibliográfico para ser transferida. Há diversos meios para fazer com que ela seja capaz de transformar muitas vidas.

Pode-se entrar em contato com as Secretarias de Saúde dos Municípios ou as Estaduais para receber materiais para distribuição, incluindo preservativos, ou fazer parcerias com ONG e outras instituições para confeccionar materiais que expliquem o que é o HIV/Aids. Pode-se, por exemplo, fazer um folder no formato de um marcador de páginas, em formato de pequenos livros com endereços dos locais de testagem e aconselhamento e de tratamento do HIV/Aids.

Também é possível fazer uma lista com a bibliografia das obras que tratam o tema disponíveis na biblioteca, ou colar cartazes informativos para que todos possam ler. Os bibliotecários, através destas parcerias podem organizar sessões de vídeos educativos sobre o tema, ou filmes que discutem a doença, com o intuito de promover debates após as sessões. Podem organizar palestras com médicos, psicólogos, e inclusive com pessoas portadoras do HIV ou doentes de Aids.

Com estas atitudes e iniciativas, os profissionais da informação além de ajudarem a esclarecer a população que frequenta sua biblioteca – e conseqüentemente as pessoas que convivem com esta população, uma vez que a informação vai sendo socializada – também estará aprendendo e se conscientizando da gravidade da epidemia por HIV/Aids, de modo que possa também transformar sua vida e suas atitudes com relação à infecção.

Enfim, há muitas formas de atuar no sentido de ajudar as pessoas para que se mantenham informadas sobre um problema de saúde pública, basta ter vontade. De fato não se constitui em tarefa simples, mas o desejo de ser útil por si só já é muito nobre e é ainda um grande passo para que a Biblioteconomia passe a ser reconhecida por seu caráter social. Este

seria, sem dúvida, um trabalho de fundamental importância, com o qual os bibliotecários cumpririam seu papel social de agentes de informação e transformação da sociedade na qual vivem.

Com esta transformação, seria possível que todos, independente de sexo, raça, escolaridade ou classe social, tivessem a mesma oportunidade de adquirir conhecimento. Assim, as bibliotecas não seriam apenas consideradas depósitos de livros onde deve-se fazer silêncio, mas um espaço extremamente democrático, de livre acesso a toda a população, ajudando diretamente na construção de uma sociedade mais solidária, com igualdade cultural e social e conseqüentemente na construção de um mundo melhor.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA JR., Oswaldo Francisco de. **Informação Pública: conceitos e espaços.** In: VALENTIN, Marta Lígia Pomim (Org.). *Atuação Profissional na Área da Informação.* São Paulo: Polis, 2004.

ARAÚJO, Vânia M. R. H. de; FREIRE, Isa M. Conhecimento para o Desenvolvimento.: reflexões para o profissional da informação. **Informação Sociedade.** Paraíba: UFPB, v. 9, n. 1, 1999. Disponível em: < <http://www.informacaoesociedade.ufpb.br/IS919903.htm> > Acesso em 28 de Jul. 2005.

ARAÚJO, Eliany Alvarenga. Transferência de Informação como processo social: uma proposta de paradigma. **Informação Sociedade.** Paraíba: UFPB, v. 7, n. 1, 1997. Disponível em: < <http://www.informacaoesociedade.ufpb.br/IS719708.htm> > Acesso em 28 de Jul. 2005.

BARTLETT, John G.; GALLANT, Joel E. **Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV.** Washington D.C.: Universidade Johns Hopkins, 2003.

BORGES, Maria Alice Guimarães. A Compreensão da Sociedade de Informação. **Ciência da Informação.** Brasília, v. 29, n.3, p. 25-32, set./dez. 2000. Disponível em: < <http://www.ibict.br/cienciadainformacao> > Acesso em 15 de abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento.** Unidade de Assistência. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/tratamento> > Acesso em 28 de mar. de 2005.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Tratamento da Aids para Gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.** Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/final/tratamento/aids/gestantes.htm> > Acesso em 28 de mar. de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids Dados de Aids: 1980-2004. **Boletim Epidemiológico AIDST.** Brasília, ano I, n. 1, p. 26-34, jan./jun 2004. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/final/dados/Boletim2.pdf> > Acesso em 28 de mar. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/Aids entre Mulheres.** Brasília : 2003. (Manuais, 57)

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Assessoria Internacional. **O Trabalhador e o HIV/Aids**. 2. ed. rev. e atual. Brasília ; 2000.

CAMPELLO, Bernadete Santos. **Fontes de Informação Especializada**: características e utilização. Belo Horizonte: UFMG/PROED, 1988.

CARVALHO, Isabel Cristina L.; KANINSKI, Ana Lúcia. A Sociedade do Conhecimento e o Acesso à Informação: para que e para quem? **Ciência da Informação**. Brasília, v. 29, n.3, p. 33-39, set./dez. 2000. Disponível em: < <http://www.ibict.br/cienciadainformacao> > Acesso em 15 de abr. 2005.

CHEQUER, Pedro; CASTILHO, Euclides Ayres. **Epidemiologia do HIV/Aids no Brasil**. In: PARKER, Richard (org.) Políticas, Instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA : Jorge Zahar, 1997.

CUNHA, Murilo Bastos. **Para Saber Mais**: fontes de informação em ciência e tecnologia. Brasília: Briquet de Lemos, 2001..

DEMO, Pedro. Ambivalências na Sociedade da Informação. **Ciência da Informação**. Brasília, v. 29, n.2, p. 37- 42, maio/ago. 2000. Disponível em: <<http://www.ibict.br/cienciadainformacao>> Acesso em 15 de abr. 2005.

FERNANDES, João Cláudio L.; COUTINHO, Evandro da S.; MATIDA, Álvaro. Conhecimentos e Atitudes Relativas a SIDA/AIDS em uma População de Favela do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 10 p., abr./jun. 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>> Acesso em 15 de abr. 2005.

FERRAZ, Elisabeth Anhel (Coord.) **Análise de Demandas por Ações de Prevenção de HIV/Aids no Sul do Brasil**: profissionais do sexo. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2003..

FERREIRA, Sueli Mara. **Estudo de Necessidades de Informação**: dos paradigmas tradicionais à abordagem Sense-Making. Porto Alegre : ABEED, 1997. (Documentos ABEED, 2).

FIGUEIREDO, Nice Menezes de. **Estudos de Uso e Usuários da Informação**. Brasília: IBICT, 1994.

GAPA/RS. **Aids Educação**: um grande investimento. Porto Alegre, [1992?].

GUINCHAT, C. Os Usuários. In:_____ **Introdução Geral às Ciências e Técnicas da Informação e Documentação**. 2. ed. Brasília: IBICT, 1994, p.481 – 490.

HNPRAZAD. Usuários y Necesidades de Información. Traduzido por Laurie Ann Ortiz Rivera. FORINF: Revista Iberoamericana de Usuários de Información, Madrid, n. 8, abr./jun. de 2000.

LIMA, Ana Lúcia et al. **HIV/Aids**: perguntas e respostas. São Paulo : Atheneu, 1996.

LOUREIRO, José Mauro Matheus. Socialização da Informação: nadando contra a corrente. **Informação Sociedade**. Paraíba: UFPB, v. 12, n. 2, 2002. Disponível em: < <http://www.informacaoesociedade.ufpb.br/IS1220203.htm> > Acesso em 28 de Jul. 2005.

LYOTARD, J. F. **O Pós-moderno**. Rio de Janeiro: Olympto, 1986.

MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Grau de Informação, Atitudes e Representações sobre o Risco e a Prevenção de Aids em Adolescentes Pobres do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, n.3, 22 p., jul./set. 1995. Disponível em: < <http://www.scielo.org/scielo.php> > Acesso em 15 de abr. 2005.

MIRANDA, Antonio. Sociedade da Informação: globalização, identidade cultural e conteúdos. **Ciência da Informação**. Brasília, v. 29, n. 2, p. 78-88, maio/ago.. 2000. Disponível em: < <http://www.ibict.br/cienciadainformacao> > Acesso em 15 de abr. 2005

ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA **Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA 2004**: cuarto informe mundial. Ginebra, 2005.

ONUSIDA/OMS. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Organización Mundial de la Salud. **Situación de la Epidemia de SIDA**: 2004. Ginebra, Junho de 2004.

ORTIGÃO, Maria Beatriz. Aids em Crianças: considerações sobre a transmissão vertical. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jan./mar. 1995.

PIMENTA, Maria Cristina; TERTO Jr., Veriano; VALENTIM, João Hilário. **HIV/Aids no Mundo do Trabalho**: as ações e a legislação brasileira. Brasília : OIT, 2002.

RACHID, Márcia; SCHECHTER, Mauro. **Manual de HIV/Aids**. 8. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Análise dos Casos de Aids no Estado, Regionais e Municípios 1983/Julho de 2004. **Aids: Boletim Epidemiológico**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/aids/dados-epidemiologico.php>> e <<http://www.saude.rs.gov.br/aids/tabelas-downloads.doc>> Acesso em 15 de abr. 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Coordenação e Planejamento. FEEE. Resumo Estatístico RS: Estado. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_estado.php > Acesso em 20 de maio 2005.

ROSENTHAL, Caio; MORAES, Vera. **Informações e Atualização**. Jornal Brasileiro de Aids: [199-?].

SANCHÉZ GAMBOA, S. Revolução Informacional: pontos de vista para o debate sobre a sociedade de informação. **Transin-formação**. Campinas, v. 9, n. 1, p.32-42, jan./abr. 1997.

SANTOS, J. F. dos **O Que é Pós-moderno**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.

SANTOS, Vera Lopes dos; SANTOS, Cledy Eliana dos. **Adolescentes, Jovens e Aids no Brasil**. 2000. Disponível em: <www.aids.gov.br/final/prevencao/adolescentes.htm> Acesso em 28 de mar. 2005.

SANZ CASADO, Elias. Estudios de Usuários: conceptos básicos. In: _____ **Manual de Estudios de Usuários**. Madri, Fundación Germán Sanchez Ruipérez, 1994. p. 19-44

SILVEIRA, Henrique Flávio Rodrigues da. Um Estudo de Poder na Sociedade da Informação. **Ciência da Informação**. Brasília, v. 29, n. 3, p. 79-90, set./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.ibict.br/cienciadainformacao.html>> Acesso em 15 de abr. 2005

SPRINZ, Eduardo; FINKELSZTEJN, Alessandro et al. **Rotinas em HIV e Aids**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

TRIDAPALLI, Elidia. **Aids e seus Impactos nas Relações de Trabalho**: uma discussão doutrinária e jurisprudencial. Florianópolis : OAB/SC, 2003.

WERTHEIN, Jorge. A Sociedade da Informação e seus Desafios. **Ciência da Informação**. Brasília, v. 29, n. 2, p. 71-77, mai./ago. 2000. Disponível em: <<http://www.ibict.br/cienciadainformacao.html>> Acesso em 15 de abr. 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Glossário de Termos Relacionados ao HIV/Aids

Adesão: Seguir o tratamento corretamente, tomando todos os medicamentos de acordo com a prescrição médica, na hora certa e da forma adequada. é o fator mais importante no sucesso do tratamento anti-HIV.

Antígeno: Toda e qualquer substância que o organismo humano considera estranha e contra a qual começa a produzir anticorpos. Os vírus, as bactérias, os fungos e várias partículas químicas podem ser considerados estranhos pelo organismo, caracterizando-se como antígenos.

Anti-retroviral: Denominação genérica para os medicamentos utilizados no tratamento da infecção pelo HIV, que é um retrovírus.

Cancro duro: Lesão primária causada pelo *Treponema pallidum*, que é a bactéria causadora da sífilis. Normalmente não causa dor e surge na glande ou na camada interna do prepúcio. Tem forma arredondada ou oval, com as bordas levemente salientes. O cancro duro é o primeiro sinal da sífilis.

Cancro mole: É uma DST que se caracteriza pelo aparecimento, nos órgãos genitais, de vesículas que vão se enchendo de pus e se transformam em feridas que passam a purgar abundantemente. Ao contrário do que ocorre com o cancro duro, as ulcerações causadas pelo cancro mole costumam ser dolorosas e aparecem em lesões múltiplas. Esta DST é causada por uma bactéria denominada *Haemophilus ducreyi*.

Candidíase: É uma infecção da vagina, causada pelo fungo *Candida albicans*. Caracteriza-se por corrimento vaginal esbranquiçado, coceira e inflamação das mucosas, que ficam avermelhadas e cobertas por placas. Embora a via sexual não seja a única forma de transmissão, a candidíase é considerada uma DST. Nos casos de imunodepressão, pode aparecer também no pênis, na boca, no esôfago etc.

CD4: É um receptor presente nos linfócitos T-auxiliares onde o HIV se liga para iniciar a infecção da célula.

Célula T4: Linfócito auxiliar, também chamado de célula T-Auxiliar. É nele que se localiza a partícula CD4, pela qual o HIV se liga à célula, enfraquecendo o sistema imunológico.

Célula T8: Linfócitos produtores de anticorpos e capazes de destruir células humanas infectadas.

Cepa: Grupo de microorganismos de uma mesma espécie e com as mesmas características.

***Chlamydia trachomatis*:** Bactéria responsável por várias DST, entre elas o linfogranuloma venéreo e uretrites não-gonocócicas. Este organismo também pode causar outras doenças graves, como salpingite, tracoma, conjuntivite do recém-nascido, proctite e esterilidade permanente.

Citomegalovírus (CMV): Vírus pertencente ao grupo dos herpesvírus, que pode acometer vários órgãos. A infecção pelo CMV ocorre, muitas vezes, pela via sexual. Nas pessoas sem transtornos imunitários, geralmente é assintomática, mas pode provocar aumento de volume

do fígado e/ou do baço, erupções, irritação na garganta, dores e mal-estar generalizado de evolução autolimitada.

Clamidiose: Também chamada de clamidíase, é uma doença sexualmente transmissível causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, que afeta homens e mulheres. Se não for adequadamente tratada, poderá provocar infertilidade permanente e, em caso de gravidez, haverá riscos de infecção nos olhos ou nos pulmões para o feto ou para o recém-nascido.

Condiloma: acuminado Uma DST causada pelo Papiloma vírus humano. Causa aparecimento de verrugas e/ou inchações rosadas e úmidas que formam, na pele dos órgãos genitais, superfície semelhante a uma crista de galo. O condiloma acuminado pode aparecer juntamente com os sintomas da gonorréia. Pode aparecer também no ânus e no reto.

Dupla Infecção: Definida como a presença de duas amostras diferentes do vírus em um mesmo paciente.

Epidemia: Doença infecciosa ou qualquer agravo à saúde que surge de forma súbita e se desenvolve rapidamente, atingindo ao mesmo tempo grande número de pessoas, em uma mesma localidade ou região.

Epidemiologia: Estudo da forma pela qual uma doença se distribui e se propaga nos vários grupos populacionais. Os estudos epidemiológicos permitem identificar os fatores que facilitam ou dificultam a disseminação da doença, contribuindo para a prevenção e/ou controle.

Gonorréia: Doença infecto-contagiosa de transmissão predominantemente sexual, causada pela *Neisseria gonorrhoeae* ou gonococo, que se caracteriza por provocar processos inflamatórios na uretra (uretrite), colo uterino (cervicite) e canal anal (proctite). Essa DST é encontrada no mundo inteiro talvez seja a mais antiga das doenças sexualmente transmissíveis conhecidas

Hepatite B: Doença de natureza viral transmitida através de transfusão de sangue contaminado, pelo uso de agulhas ou seringas contaminadas e também pelo contato sexual. Em alguns pacientes pode se tornar crônica e levar ao aparecimento de cirrose ou câncer de fígado após alguns anos.

Herpes genital: Doença causada pelo vírus Herpes simplex 2. Sua principal característica é a de produzir pequenas lesões ulceradas, na região genital e pode ser uma infecção recorrente

Herpes-Zoster: Doença provocada pelo mesmo agente causador da varicela, que se caracteriza pelo aparecimento de vesículas na pele, acompanhando o trajeto de um nervo e freqüentemente provocando muitas dores. Esta doença aparece, principalmente, em pacientes com alguma baixa da imunidade. É uma infecção oportunista comum nas pessoas com aids.

HIV: (do inglês Human Immuno Deficiency Virus) esta sigla identifica a expressão Vírus da Imunodeficiência Humana, o vírus causador da aids.

Infecção: Penetração, desenvolvimento e multiplicação de microorganismos no corpo humano, o que pode trazer conseqüências variadas, habitualmente nocivas às pessoas. No caso da aids, trata-se de penetração, desenvolvimento e multiplicação do HIV.

Imunodeprimido: Diz-se do indivíduo cujo sistema imunológico apresenta-se debilitado.

Imunossupressão: Situação em que a capacidade da pessoa de resistir ou superar uma infecção é reduzida pela ação de medicamentos, doenças e/ou infecções.

Incidência: O número de casos novos de um determinado agravo à saúde, diagnosticado em determinado período de tempo, população e em área geográfica definida e incidência acumulada é a soma dos casos novos diagnosticados, ou seja, o número total de casos de aids até determinado período ou o número total dividido pela população da metade do período. Neste caso, expressa em taxas, geralmente por 100 mil habitantes.

Janela imunológica: Período entre a infecção e o início da formação de anticorpos específicos contra o agente causador. Geralmente, este período dura algumas semanas, e o paciente, apesar de ter o agente infeccioso presente em seu organismo, apresenta resultados negativos nos testes para detecção de anticorpos contra o agente.

Letalidade: Número de óbitos de determinado agravo à saúde dividido pelo número de casos do agravo em questão, geralmente multiplicado por 100 (%).

Linfócito: Tipo de leucócito do sistema imunológico que combate células cancerosas e infecções virais. O HIV ataca os linfócitos T, reduzindo a imunidade do organismo.

Lipodistrofia: Caracteriza-se pelas alterações na massa corpórea em pessoas soropositivas que estão passando pela Terapia Anti-retroviral Altamente Ativa (HAART), também conhecida como terapia de combinação ou coquetel.

Mortalidade: Número de óbitos causados por determinado agravo, dividido pela população num determinado período de tempo e área geográfica.

Papiloma vírus: Tipo de vírus freqüentemente transmitido pelo contato sexual. Provoca o aparecimento de verrugas nos órgãos genitais e na região anal.

Pauperização da Aids: Diz-se do processo de evolução epidemiológica da infecção pelo HIV, caracterizado por crescente incidência da epidemia junto às camadas de baixa renda e com baixos níveis de instrução.

Prevalência: O número de casos existentes de um determinado agravo em área geográfica definida em determinado período de tempo.

Profilaxia: No que se refere às infecções, são medidas de natureza medicamentosa ou não, utilizadas para prevenir uma infecção ou evitar o adoecimento de uma pessoa.

Retrovírus: Tipo de vírus que, para se reproduzir, utiliza um processo de conversão reversa de seu material genético, utilizando uma enzima específica (transcriptase reversa) e outras enzimas das células do indivíduo infectado. O HIV é um exemplo de retrovírus.

Sarcoma de Kaposi: Tipo raro de câncer que acomete pacientes com aids, mais comumente os homens, sendo a pele o local mais freqüentemente atingido.

Sífilis: Doença sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que tem a espécie humana como único hospedeiro. A doença apresenta uma evolução crônica e geralmente se manifesta com o aparecimento – alguns dias após o contato sexual infeccioso – de lesão ulcerada na região genital (cancro duro). Esta lesão pode desaparecer espontaneamente após algumas semanas. Se não for tratado adequadamente, o treponema pode se disseminar no organismo, possibilitando outras lesões em órgãos internos e complicações graves.

Soroconversão: Considera-se o momento em que os anticorpos contra determinado agente tornam-se detectáveis pelos testes disponíveis.

Tricomoniase: Doença sexualmente transmissível causada pelo *Trichomonas vaginalis*. Normalmente provoca um quadro de vaginite na mulher e uretrite no homem. Discute-se, ainda, se a infecção só é transmissível por contato sexual ou se pode ocorrer por outros mecanismos.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Aids:** leia antes de escrever. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/leia.htm>> Acesso em 15 de abr. de 2005.

APÊNDICE B– Instrumento de Coleta de Dados

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Prezado (a) aluno (a):

Este questionário é um instrumento de coleta de dados utilizado para realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Biblioteconomia - UFRGS. Ele foi elaborado visando analisar o nível de informação dos alunos de Biblioteconomia sobre HIV/Aids e os meios de comunicação e as fontes que utilizam para obter estas informações. Por favor, preencha e entregue o formulário na portaria da FABICO até o dia ____ de _____, _____-feira.

Suas respostas são totalmente confidenciais, e não haverá qualquer ligação entre você e as questões que responder. Conto com sua participação para responder as questões e colaborar com o trabalho.

Raquel França. Aluna do 7º semestre do Curso de Biblioteconomia.

1 Idade: _____

2 Sexo: M () F ()

3 Você conhece alguma Doença Sexualmente Transmissível? Sim () Não ()
Qual ou quais

4 Você sabe o que é o HIV? Sim () Não ()

Em caso positivo, explique: _____

5 Você sabe o que é a Aids? Sim () Não ()

Em caso positivo, explique: _____

6 Você sabe como evitar a transmissão da Aids? Sim () Não ()

Em caso positivo, explique: _____

7 Você sabe como o vírus HIV é transmitido? Assinale as colunas de acordo com seu conhecimento:

TRANSMISSÃO	SIM	NÃO	NÃO SABE
Amamentação			
Aperto de mão			
Beijo na boca			
Beijo no rosto			
Chimarrão			
Doação de sangue			
Espirro			
Gravidez			
Lençóis			
Objetos cortantes			
Parto			
Picada de mosquito			
Piscina			
Praia			
Relação sexual anal desprotegida			
Relação sexual oral desprotegida			
Relação sexual vaginal desprotegida			
Roupas e toalhas			
Seringas compartilhadas			
Seringas não descartáveis			
Telefone			
Transfusão de sangue não testado			
Utensílios domésticos			

8 Você tem conhecimento sobre o tratamento da Aids? Sim () Não ()

Em caso positivo, explique: _____

9 Você sabe o que é antiretroviral? Sim () Não ()

Em caso positivo, explique: _____

10 Você tem conhecimento sobre os testes anti HIV? Sim () Não ()

Em caso positivo, explique: _____

11 Você conhece algum local de testagem? Sim () Não ()

Qual ou quais? _____

12 Você usa preservativo? Não ()

Sim, com qualquer parceiro ()

Sim, com parceiro fixo (marido, noivo, namorado) ()

Sim, às vezes, quando lembra ()

Sim, quando não conhece o parceiro ()

Outra situação. Qual? _____

13 Em caso negativo, diga por que você não usa: _____

14 Você acha que um casal com duas pessoas soropositivos deve usar preservativo? Sim ()

Não ()

Explique: _____

15 Em que meios de comunicação você consegue mais informações sobre HIV/Aids?

Jornal () Tv () Rádio () Internet () Outros () Quais? _____

16 Além destes meios, onde mais você consegue informações sobre HIV/Aids?

17 O que acha das fontes de informação disponíveis? Dê sua opinião:

Campanhas: _____

Publicações científicas: _____

Publicações em geral: _____

Folders: _____

Outras: _____

18 Qual a sua percepção de risco de você ser contaminado? Baixa () Média () Alta ()
Por quê? _____

19 O que você faria se contraísse o vírus? _____

20 Você já participou de alguma palestra sobre o assunto Hiv/Aids ou Doenças Sexualmente Transmissíveis? Sim () Não () Em que local e quais os motivos que o levaram a assistir? _____

21 O que você achou da palestra? Ótimo () Muito Bom () Bom () Pouco esclarecedor ()
Nada esclarecedor () Explique: _____

22 Você lembra de alguma campanha de prevenção de HIV/Aids? Sim () Não ()

Em caso positivo, qual ou quais? _____

23 O que você achou? Ótimo () Muito Bom () Bom () Pouco esclarecedor ()
Nada esclarecedor ()

24 Qual a sua crítica e quais os pontos positivos e negativos das campanhas?

25 O que você acha que deve ser divulgado nas campanhas de prevenção do HIV/Aids e o que não deve? Utilize o quadro abaixo.

DEVE	NÃO DEVE

26 Na sua opinião, qual a melhor forma de atingir a população semelhante a você (estudante universitário)? Palestras () Campanhas () Publicações específicas () Vídeos () Outros ()

Explique: _____

27 O que você acha que precisa aprender mais sobre o HIV/Aids? Prevenção () Transmissão () Tratamento () Explique: _____

28 Como você considera seu nível de conhecimento sobre o tema? Suficiente () Regular ()

Insuficiente ()

29 Você gostaria de participar de palestras/eventos sobre o tema? Sim () Não ()

Por quê? _____

AGRADEÇO SUA COLABORAÇÃO!
