

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ESTUDANTES DE MEDICINA E SUAS ATITUDES EM RELAÇÃO
À AIDS

Diana de Oliveira Frauches

VITÓRIA

2001

-

DIANA DE OLIVEIRA FRAUCHES

**ESTUDANTES DE MEDICINA E SUAS ATITUDES EM RELAÇÃO
À AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Margarida Pereira Rodrigues.

UFES
Vitória, maio, 2001

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

F845e Frauches, Diana de Oliveira, 1957-
Estudantes de medicina e suas atitudes em relação à
AIDS / Diana de Oliveira Frauches. – 2001.
96f.

Orientadora: Maria Margarida Pereira Rodrigues.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Atitude (Psicologia). 2. AIDS (Doença). 3. Estudantes.
I. Rodrigues, Maria Margarida Pereira. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e
Naturais. III. Título.

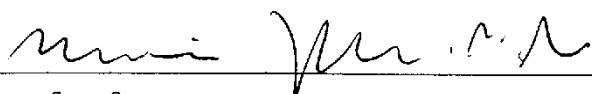
CDU: 159.9

ESTUDANTES DE MEDICINA E SUAS ATITUDES EM RELAÇÃO À AIDS

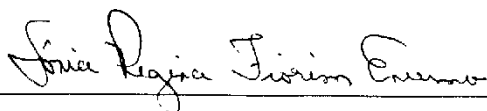
DIANA DE OLIVEIRA FRAUCHES

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

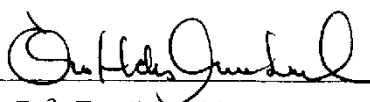
Aprovada em 28 de maio de 2001



Prof.^a. Dr.^a. Maria Margarida Pereira Rodrigues – Orientadora, UFES.



Prof.^a. Dr.^a. Sônia Regina Fiorim Enumo – UFES.



Prof.^a. Dr.^a. Erotildes Maria Leal – SMS/Rio de Janeiro.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram para a execução desta pesquisa, especialmente:

- Maria Margarida Pereira Rodrigues, orientadora sempre atenta e presente;
- Eliana Zandonade e Gabriel Antônio Torres Pinto, professora e graduando de Estatística, da UFES, pelo contínuo acompanhamento desta pesquisa;
- Alvino Jorge Guerra, Erotildes Leal, Maria Luíza de Castro Augusto Alvarenga, Nilo Fernando Rezende Vieira, Pedro Benevenuto Júnior e Valdério do Valle Dettoni, professores de Medicina, da EMESCAM e da UFES, que me franquearam o acesso a seus alunos;
- Siomara Castanho dos Santos Gonçalves, com quem dividi a tarefa de coleta de dados na Santa Casa de Misericórdia de Vitória;
- Andréa Gonçalves Nascimento, bibliotecária do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Sara Novaes Rodrigues e Rosângela Rocha Lira, tradutoras, e Leonardo Souza de Oliveira, revisor de texto;
- Maria Aparecida Cardoso, que assumiu a maior parte de nosso trabalho conjunto na Unidade de Vigilância Epidemiológica do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória durante a realização desta pesquisa;
- Corpo clínico e funcionários do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória e professores e funcionários da EMESCAM, grandes incentivadores;
- Professores, funcionários e colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, muito pacientes com minhas divagações;
- Laudeir e Alexandre Frauches, meus maiores apoios.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 A AIDS no Brasil	13
1.2 As atitudes de profissionais de saúde em relação à AIDS	16
1.3 O conceito de atitude	25
1.4 As atitudes em relação à AIDS e o exercício profissional na saúde	30
2 MÉTODO	33
2.1 Sujeitos	33
2.2 Instrumento	34
2.3 Procedimentos	36
3 RESULTADOS	38
3.1 Caracterização dos sujeitos	40
3.2 Os escores	44
3.3 As diferenças de gênero	52
3.4 Análise fatorial	55
4 DISCUSSÃO	61
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	73

FRAUCHES, D. O. **Estudantes de medicina e suas atitudes em relação à AIDS**. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, 2001. 96 p.

RESUMO

As atitudes de profissionais de saúde em relação à AIDS podem acarretar desvios de conduta técnica e sua avaliação na graduação possibilita eventual intervenção em um momento no qual não se concretizou a prática profissional, que poderia favorecer a cristalização de atitudes negativas. Tomando como base que atitudes – conhecimento, afeto e avaliação – têm origem na vida social e são largamente partilhadas e considerando que as atitudes em relação à AIDS podem estar relacionadas ao treinamento profissional, além das controvérsias existentes sobre a influência de questões relativas a gênero, amostra probabilística de 176 estudantes do primeiro e do último ano de Medicina, estratificada por inserção no curso e por sexo, foi selecionada nas duas escolas médicas do Espírito Santo, Brasil, em 2000. A Escala de Atitude sobre AIDS (AAS), desenvolvida por Shrum, Turner e Bruce, foi adaptada e aplicada aos sujeitos distribuídos em grupos segundo instituição e inserção no curso. Os resultados foram submetidos a testes estatísticos não paramétricos. Encontrou-se padrão semelhante de atitudes entre os estudantes do início do curso, nas duas instituições. Em uma das escolas, a tolerância aumentou no final do curso, em relação ao grupo do início, enquanto na outra,

houve queda da tolerância e aumento da variabilidade dos escores. As variáveis “religião” e “conhecer pessoas com HIV/AIDS”, que também foram levantadas pelo instrumento, não produziram diferenças significativas nos escores. Avaliados apenas os grupos do início do curso, não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos. Discute-se a adequação da AAS para uso em nosso meio e sugere-se a realização de estudos sobre a cultura e os projetos pedagógicos das instituições pesquisadas.

Palavras-chave: Atitude. AIDS. Estudantes.

Área de conhecimento: Psicologia Social – 7.07.05.00-3.

FRAUCHES, D. O. **Medical students and their attitudes towards AIDS**. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, 2001. 96 p.

ABSTRACT

The attitudes of professional health workers towards AIDS may cause deviations in technical behavior and evaluating students' attitudes while they are still in graduate schools may allow eventual actions before practice starts, thus avoiding the establishment of negative attitudes. Based on the fact that attitudes – knowledge, affection and evaluation – have their origins in social life and are largely shared, and considering that the attitudes towards AIDS may be related to professional training, in addition to existing controversies about the influence of gender, a probabilistic sample of 176 medical students, arranged according to sex and insertion in the course, was selected from the first and last college years, belonging to both two medical schools located in Espírito Santo, Brazil. The Scale of Attitudes towards AIDS (AAS), developed by Shrum, Turner and Bruce, was adapted and applied to the studied population distributed in groups according to school and insertion in the course. The results were analyzed using statistics non-parametric tests. The freshmen attitudes from both medical schools were similar. In one of the schools, the tolerance increased among the last year students in comparison with the first year students, while it decreased in the other school, with growth of the variegation of the scores. The "religion" and "knowing HIV/AIDS people" variables, that

were considered too, didn't produce significant differences. Also there were not significant differences between gender in the first year group. It is discussed the adjustment of AAS to be used in our environment. The proposal of further studies to know the pedagogical projects and culture of the schools where this research took place is considered, as well as the role of gender in the students' attitudes towards AIDS.

Keywords: Attitude. AIDS. Students.

Area of knowledge: Social Psychology – 7.07.05.00-3.

1 INTRODUÇÃO

O enfoque moral a respeito de doenças não é algo novo na história da humanidade: lepra, sífilis e peste bubônica, para citar as mais notórias nesse grupo, já foram identificadas como castigos divinos devidos à corrupção individual e/ou coletiva dos costumes. Atualmente, soma-se a esse elenco de doenças a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV)/síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), cujo contágio envolve inúmeros tabus, como os relacionados à sexualidade, ao medo da morte e do adoecimento e morte na juventude, e à delinqüência, como lembra Hodgson (1997).

A AIDS é uma doença caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado, causada pelo HIV. Esse vírus se transmite pelas vias sexual e sangüínea e de mãe para filho. O Ministério da Saúde (1998) relaciona como fatores de risco associados aos mecanismos de transmissão do HIV as variações freqüentes de parceiros sexuais sem uso de preservativos, a utilização de sangue ou seus derivados sem controle de qualidade, o uso de seringas e agulhas não esterilizadas (como ocorre entre usuários de drogas injetáveis), a gravidez em mulher infectada e a recepção de órgãos ou sêmen de doadores infectados.

Na mesma publicação, o Ministério da Saúde registra que, na evolução da infecção, o indivíduo passa longo período convivendo com o vírus sem manifestar sinais aparentes da doença, só diagnosticada nessa fase por exames sorológicos: é o portador do HIV. Apenas depois, na dependência de

inúmeros fatores que condicionam o comprometimento do sistema imune, surgem as afecções oportunistas associadas, caracterizando o adoecimento pela AIDS.

Thuler (1994) cita que, a partir de 1981, quando começaram a ser identificados casos de associação entre acentuado comprometimento do sistema imune e várias afecções oportunistas, em homens que relatavam práticas homossexuais, a doença, cujo agente etiológico só veio a ser identificado dois anos depois, foi incorretamente rotulada como *cancer gay* ou *gay related immunodeficiency*. O aumento da transmissão heterossexual observado com o progredir do evento que posteriormente se configurou em epidemia, porém, mostrou não haver grupos de risco, mas apenas os comportamentos ou práticas já citadas, relacionadas à transmissão do HIV.

Embora as pesquisas médicas desenvolvidas desde o início da epidemia tenham possibilitado a obtenção de diversos medicamentos que se mostraram eficazes para o controle da replicação viral, reduzindo a incidência das complicações oportunistas, melhorando a qualidade de vida e permitindo maior sobrevivência aos indivíduos afetados, não se conhece ainda cura para a doença, nem se conseguiu desenvolver vacina eficaz contra seu agente, baseando-se a prevenção no combate aos fatores de risco, segundo registra o Ministério da Saúde (1998).

Nesse contexto, muitos estudos têm demonstrado a existência de atitudes negativas em relação à AIDS, tanto na população em geral como entre os profissionais de saúde, que não são imunes ao estigma que cerca a doença: profissionais de saúde resistem em prestar assistência a pacientes com

HIV/AIDS, e seu envolvimento no atendimento tem implicado estresse relacionado a vários fatores, inclusive os decorrentes do preconceito.

As atitudes de profissionais de saúde em relação à AIDS vêm mudando ao longo dos anos, paralelamente às alterações verificadas no perfil epidemiológico da doença.

1.1 A AIDS no Brasil

Dhalia, Barreira e Castilho (2000) relatam que o primeiro caso de AIDS no Brasil data de 1980, mantendo-se a epidemia restrita a São Paulo e Rio de Janeiro até a primeira metade da década. Desde então, a doença propagou-se às diversas regiões do país. As taxas de incidência foram cada vez maiores, passando de 8 casos por 100.000 habitantes, em 1991, para 13,7 por 100.000 habitantes em 1998, com velocidade de crescimento de 36% entre os períodos 1987-1989 e 1990-1992 e de 12%, entre 1990-1992 e 1993-1996.

Segundo os autores citados, a progressão da epidemia ocorreu de forma geograficamente diferenciada e não homogênea: embora a concentração de casos ainda seja maior no Sudeste e Sul, verifica-se nítida expansão para as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Paralelamente, os grandes centros urbanos, mais acometidos no início, apresentam atualmente os menores ritmos de crescimento, enquanto os maiores aumentos relativos de crescimento são verificados em municípios com menos de 50.000 habitantes.

O padrão de aquisição da infecção também sofreu mudanças, indicadas pelos autores. Em uma tendência observada em todas as regiões do país, os casos referentes a homossexuais e bissexuais masculinos, que representavam 71% do total em 1984, caíram para 16% em 1999-2000. Ao mesmo tempo, houve aumento dos casos adquiridos por via heterossexual, acompanhado de expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença, o que se traduz na progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição (de 24 homens para 1 mulher, em 1985, essa relação passou para 2 homens para 1 mulher, em 1999-2000) e no aumento progressivo da transmissão vertical¹. A análise da transmissão sangüínea mostra importante declínio da participação dos casos relacionados a hemofílicos e pessoas que receberam transfusão de sangue, grupo intensamente atingido no início da epidemia, em paralelo à rápida e extensa difusão entre usuários de drogas injetáveis, que tiveram aumentada sua participação nos casos envolvendo este tipo de transmissão de 37%, em 1984, para 99%, em 1999-2000.

Em relação à distribuição por idade, os autores indicam que, embora mantendo-se o grupo de 20 a 39 anos como o mais atingido, desde o início da epidemia e em ambos os sexos, a predominância da transmissão perinatal nos casos pediátricos vem modificando o perfil etário de ocorrência infantil, observando-se que, enquanto 21% das crianças notificadas tinham de 0 a 4 anos em 1984-1987, 86% estavam nessa faixa, em 1999-2000.

¹ Transmissão vertical é a transferência de um agente infeccioso de mãe para filho, no período pré-natal, no parto ou no período pós-natal.

Para os autores, o perfil sócio-econômico da epidemia, estimado com base na escolaridade informada, aponta no sentido da pauperização. A partir de 1982, quando todos os casos tinham nível superior ou mais de 11 anos de estudo, houve aumento dos casos com menor grau de escolaridade, registrando-se, em 1999-2000, 74% em pessoas com até 8 anos de estudo, em ambos os sexos (porém, entre indivíduos com mais de 8 anos de estudo, observa-se tendência à redução da incidência em homens, o mesmo não acontecendo quanto às mulheres).

Quarta maior causa de óbito no grupo de 20 a 49 anos de idade em 1996, como citam Dhalia, Barreira e Castilho (2000), a AIDS vem tendo sua letalidade reduzida gradativamente, ano a ano (80,5%, em 1985, para 28,3%, em 1998), traduzindo o crescente aumento do tempo de sobrevivência dos casos. No entanto, essa queda da letalidade não é homogênea: mostra-se mais evidente nas regiões Sudeste e Centro-Oeste e nos indivíduos do sexo masculino. Presume-se, ainda, que é menor entre usuários de drogas injetáveis, considerando que as menores reduções são registradas na região Sul, onde essa subcategoria de exposição representa importante proporção entre os doentes.

Os dados levantados pelos autores estão de acordo com a interpretação de Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) Network (1997), um grupo independente de profissionais que acompanha a situação e as tendências epidemiológicas da doença em nível mundial, que caracteriza a epidemia no Brasil por cinco aspectos principais:

- Aumento da difusão heterossexual.

- Maior acometimento de jovens.
- Crescimento do número de casos em mulheres.
- Propagação entre grupos de menor nível educacional.
- Expansão ascendente em zona rural.

Tendências semelhantes são observadas no Espírito Santo, como mostram dados da Secretaria de Estado da Saúde, analisados por Moreira-Silva (2000).

Em um contexto mundial de crescimento da epidemia e, conseqüentemente, da demanda por serviços de saúde específicos, cabe discutir as atitudes de profissionais da área em relação à AIDS.

1.2 As atitudes de profissionais de saúde em relação à AIDS

Em revisão da literatura internacional na qual abordam o impacto da epidemia sobre os profissionais de saúde, Horsman e Sheeran (1995) discorrem sobre as atitudes desses profissionais a respeito da AIDS e suas relações com fatores que pudessem condicioná-las, registrando, porém, que, em sua maioria, os estudos limitam-se a descrições, observações clínicas e análises de questionários. Alguns dos trabalhos analisados nessa revisão, seus resultados, sujeitos e países onde foram realizados encontram-se listados no ANEXO A.

De uma maneira geral, as pesquisas levantadas por Horsman e Sheeran (1995) mostram que o nível de educação aparentemente não afeta

muito as atitudes em relação à AIDS, embora um dos trabalhos que citam tenha demonstrado, entre profissionais de Enfermagem, atitudes mais negativas e/ou restritivas naqueles com formação básica em relação aos graduados ou pós-graduados.

Por outro lado, Horsman e Sheeran (1995) apontam a existência de controvérsias acerca dos reflexos do conhecimento específico em HIV/AIDS sobre as atitudes. O mesmo identificam em relação à influência da idade do profissional: os resultados conflitantes a respeito dessa variável podem, porém, estar relacionados à presença de filhos pequenos, favorecendo atitudes mais negativas entre os mais jovens, e ao exercício de funções administrativas, que não envolvem o trato direto com o doente, produzindo atitudes mais positivas entre os mais velhos. Resultados divergentes aparecem ainda quanto ao gênero, nesse caso talvez condicionados pela dificuldade de separar as diferenças relativas ao sexo daquelas decorrentes da educação e/ou da formação profissional.

Já a não-filiação religiosa, ou a existência de laços religiosos frágeis, como demonstram trabalhos citados pelos autores, favorece atitudes positivas. Atitudes negativas foram mais encontradas nos batistas do que entre os que professam outras religiões e nos católicos em comparação com os judeus. Também manifestaram mais atitudes negativas os profissionais com filhos pequenos, corroborando outras pesquisas que indicam a preocupação com familiares e amigos como um fator de estresse para o profissional de saúde na prestação de assistência a pacientes com HIV/AIDS.

Horsman e Sheeran (1995) registram que as atitudes negativas e/ou dificuldades em relação à abordagem de assuntos associados à sexualidade, demonstradas entre profissionais de saúde, foram identificadas como intervenientes no levantamento da história comportamental necessária para diagnóstico de doenças como a AIDS, bem como no aconselhamento sobre comportamentos que acarretam risco de aquisição de HIV/AIDS.

Ao mesmo tempo, indicam que a orientação sexual do profissional se reflete em suas atitudes sobre AIDS: homossexualidade tem sido relacionada com maior conhecimento e atitudes mais positivas. Na assistência a pacientes com HIV/AIDS, o profissional homossexual, porém, está mais sujeito que o heterossexual a sofrer estresse, depressão e ansiedade. Paralelamente, o contato social com homossexuais masculinos está associado a atitudes mais positivas sobre AIDS e sobre homossexualidade, demonstrando as pesquisas revisadas que tais atitudes, de uma maneira geral, variam segundo a cultura existente no meio onde vivem e atuam os profissionais.

Os autores destacam que uma das relações que mais têm sido estudadas é aquela entre as atitudes a respeito da AIDS e da homossexualidade. Embora geralmente não seja possível comparar os resultados encontrados nos diversos trabalhos, já que os pesquisadores têm usado diferentes instrumentos para avaliar o mesmo tipo de atitude, citam que os estudos, de uma maneira geral, demonstram forte correlação entre atitudes negativas nas duas áreas, aceitando-se amplamente que as atitudes em relação à homossexualidade são um dos principais componentes das atitudes

em relação à AIDS. No entanto, indicam que trabalhos mais recentes detectaram declínio no grau de atitudes negativas quanto à homossexualidade associada à AIDS.

Estudos analisados por Horsman e Sheeran (1995) também demonstraram que as atitudes verificadas entre profissionais de saúde têm sido mais negativas quanto ao uso de drogas intravenosas do que em relação à homossexualidade e, conforme indicam alguns, são as mais negativas em comparação com aquelas relacionadas a todos os outros comportamentos/fatores de risco para a infecção: usuários de drogas com HIV/AIDS são vistos como pacientes que manipulam e dificultam o relacionamento, frustrando o profissional que os atende, por não cumprir compromissos, especialmente quanto a evitar comportamento de risco.

Os autores indicam que, embora o sexo do paciente seja um fator cuja relação com as atitudes sobre AIDS tem sido pouco estudada, existem estudos que demonstram diferença de acesso a serviços médicos por mulheres com HIV/AIDS, com prejuízo para as mesmas, podendo tal fato estar ligado a atitudes negativas em relação à sexualidade feminina.

Registram também que não se tem pesquisado suficientemente a interferência da raça ou etnia do paciente sobre as atitudes dos profissionais, embora já se tenha demonstrado que americanos brancos com HIV/AIDS vivem três ou quatro vezes mais tempo que americanas negras na mesma situação.

Outro aspecto que os autores acham necessário investigar é a relação entre atitudes sobre AIDS e atitudes sobre morte: o medo de morte foi

identificado como um significativo componente das atitudes em relação à AIDS em alguns estudos.

As atitudes que Horsman e Sheeran (1995) levantam têm variado ao longo do tempo, desde o início da epidemia. Também em revisão da literatura, Sherman e Ouellette (1999) discutem as relações entre profissionais de saúde e pacientes com HIV/AIDS de 1984 a 1998, período que dividem em quatro segmentos, contextualizando, em cada segmento, o padrão de conhecimento existente sobre a doença.

Sherman e Ouellette (1999) colocam que, de 1984 a 1989, em um quadro de incerteza sobre os mecanismos de transmissão de HIV/AIDS, sobre a população infectada, sobre o tratamento e sobre a prevenção, o medo de AIDS era o tema predominante na literatura, e muitos artigos enfatizavam a responsabilidade ética e os aspectos positivos da prestação de assistência aos pacientes acometidos pela doença, incentivando a coragem dos profissionais. As pesquisas da época retratavam o envolvimento dos profissionais de saúde com a falta de conhecimento sobre a doença, a percepção dos riscos para si próprios, angústia em perder pacientes jovens, ansiedade em relação à segurança de suas famílias e dificuldade em aceitar pessoas com estilo de vida diferente, fatores que condicionavam relutância quanto ao já então reconhecido dever de tratar. O panorama geral de medo do contágio manifestava-se como medo da morte, medo do desconhecido, sentimento de impotência e senso de vulnerabilidade pessoal, que exacerbavam os sentimentos negativos e o estresse entre os profissionais. As atitudes sobre AIDS foram identificadas

como relacionadas a homofobia, atitudes sobre diferenças étnicas e culturais e grau de conhecimento a respeito dos mecanismos de transmissão da doença.

Reconhecido o dever ético de tratar e implementados programas de educação continuada sobre HIV/AIDS no final dos anos 80, Sherman e Ouellette (1999) situam os anos 1990 a 1992 como ricos em estudos sobre atitudes de profissionais de saúde em relação à infecção. A epidemia progredira e o nível de conhecimento sobre a infecção aumentara: AIDS era reconhecida como estágio final de uma infecção crônica pelo HIV, e sabia-se que inúmeros fatores poderiam interferir no grau de replicação do vírus. O aprofundamento dos estudos sobre a estrutura do mesmo fez surgirem esperanças concretas quanto à obtenção de uma medicação efetiva, e alguns produtos começaram a ser testados. O medo de AIDS ainda persistia, bem como a discriminação contra indivíduos com HIV/AIDS.

Na literatura do início dos anos 90, predominavam temas relativos aos aspectos éticos e legais, ao dever de tratar e ao risco de contágio, mas já se discutiam questões como confidencialidade, autonomia do paciente, experimentação de drogas e necessidade de programas de educação para profissionais de saúde. Falava-se também sobre os direitos do indivíduo em relação aos direitos da coletividade e sobre a responsabilidade social no suporte ao doente. Estudos realizados no período mostravam que os profissionais de saúde relutavam em cuidar dos pacientes com a infecção: além de medo de contágio e homofobia, também foram identificados como fatores relacionados às atitudes sobre AIDS o uso de drogas intravenosas, a proximidade com indivíduos infectados, o conhecimento sobre sexo, a empatia,

o sigilo profissional, a dificuldade com a abordagem psicológica dos doentes e a frustração com as técnicas disponíveis. Verificou-se também que o conhecimento específico sobre AIDS não era um preditor consistente da intenção de tratar, e os programas de educação passaram a enfatizar a discussão sobre valores e sobre tolerância quanto à diversidade de padrões étnicos, valores, opções e modos de vida.

Segundo as autoras, entre 1993 e 1995 muito já se aprendera sobre a doença e sua forma de transmissão. Ao mesmo tempo, o crescimento da epidemia produzia a circunstância de que muitas pessoas conhecessem pessoalmente alguém com HIV/AIDS, e muitos profissionais de saúde efetivamente cuidassem de algum paciente contaminado pelo HIV, em um padrão que foi identificado como redutor do medo e promotor da intenção de tratar. O medo de contágio diminuía: os profissionais de saúde reconheciam a importância da adoção das técnicas de precauções universais para prevenção e sabiam que seu processo de trabalho não tornava o contágio tão fácil como inicialmente se pensava. Embora as pesquisas enfocassem mais atitudes negativas do que positivas, uma mudança estava ocorrendo: entre enfermeiros, as atitudes se tornavam mais positivas, sendo relacionadas com homofobia, medo de contágio, grau de conhecimento sobre a doença e de comprometimento com a profissão, percepção do risco de exposição ocupacional, forma pela qual o paciente adquiriu a infecção, proximidade com alguém doente e influência dos supervisores de serviço.

No segmento seguinte (1996 a 1998), as autoras registram os progressos que vêm revolucionando, mais recentemente, o perfil da doença: a

obtenção de potentes drogas anti-retrovirais e a possibilidade de início precoce da terapia, com reflexos positivos sobre a progressão da infecção, possibilitando aumento da sobrevivência para os indivíduos em fase avançada da doença (para o que também contribuíram os avanços na profilaxia e tratamento das infecções oportunistas). Tais condições têm permitido que a AIDS passe a ser vista cada vez mais como uma infecção crônica, mudando a percepção de “morrendo com AIDS” para “vivendo com AIDS”. Paralelamente, embora a cura da doença ainda seja uma incógnita, tem surgido esperança concreta em relação ao controle da epidemia.

Com isso, em que pese persistir o medo de contágio, cada vez mais os profissionais de saúde vêm encarando AIDS como uma doença crônica e reconhecendo sua responsabilidade em cuidar das pessoas por ela acometidas. As pesquisas recentes mostram que ainda há atitudes negativas sobre homossexualidade e sobre o uso de drogas relacionados ao HIV/AIDS e indicam também que a socialização e o treinamento profissional são importantes para definir a qualidade do atendimento que profissionais de saúde prestam aos indivíduos infectados: atitudes, comportamentos e expectativas de professores, bem como o modelo adotado pela instituição de ensino, influenciam estudantes de Medicina e Enfermagem na aceitação do dever de tratar e de prestar cuidados adequados aos pacientes.

Em que pese a extensa literatura existente nos países ditos do primeiro mundo, o número de estudos realizados a respeito do impacto da doença sobre os profissionais de saúde é reduzido naqueles em desenvolvimento, onde a epidemia de HIV/AIDS representa problema dos mais

graves, exigindo engajamento cada vez mais intenso desses profissionais, inclusive para fazer face a condições adversas de trabalho. Levantamento bibliográfico realizado detectou poucas publicações no Brasil².

Entre elas, cita-se o trabalho de Figueiredo e Souza (1991), no qual os autores avaliam atitudes de médicos e pessoal de Enfermagem, laboratório e apoio operacional em relação a vários aspectos referentes à AIDS, ao paciente e ao atendimento. De acordo com os resultados da pesquisa, todas as categorias estudadas expressaram-se negativamente quanto à doença e ao paciente, mostrando propensões positivas no que diz respeito ao aspecto da convivência do paciente com a equipe de saúde. No entanto, em relação ao atendimento, os médicos apresentaram atitudes mais negativas que as demais categorias.

Figueiredo e Turato (1995) abordam as dificuldades da equipe de Enfermagem em relação aos pacientes com AIDS, identificando nos profissionais, entre outros fatores, o medo de contágio e a existência de conflitos relacionados a aspectos da sexualidade humana e à drogadição.

No estudo realizado por Malbergier e Stempliuk (1997), os autores constataram que o preconceito e o medo de contágio vivenciados pelos médicos no início da epidemia têm perdido importância e não mais são vistos como elementos centrais na relação médico-paciente.

Excetuando dissertação de mestrado apresentada por Lylian Piquera dos Santos à Escola de Enfermagem da USP em 1999, na qual são enfocados

² No levantamento, foram pesquisadas as bases de dados bibliográficos PubMed, Lilacs, PAHO, Psyclit e SIBiUSP, utilizando-se como expressão de busca "aids *and* atitude *and* (estudante *or* profissional *or* médico)" ou seu equivalente em inglês, quando indicado.

alunos de Enfermagem, o levantamento bibliográfico realizado não indicou trabalhos abordando as atitudes de estudantes da área de saúde em relação à AIDS no Brasil.

Nos estudos e pesquisas, o conceito de atitudes é muitas vezes tratado como algo definitivo e estanque. No entanto, muitas são as correntes teóricas que se ocupam do assunto, e não existe atualmente uma definição plenamente aceita.

1.3 O conceito de atitude

Atitudes são avaliações referenciadas a um objeto de estímulo, objeto este que pode ser concreto, como um produto comercial da moda, ou abstrato, como o capitalismo (Augoustinos e Walker, 1995). Esses autores argumentam que atitudes são categorizações em que se requer mínimo esforço cognitivo, podendo ser ativadas e funcionar automaticamente, ao mesmo tempo em que só adquirem sentido à medida que são transmitidas entre as pessoas, assumindo caráter social. Além disso, afirmam que as atitudes localizam objetos de pensamento (os referenciais) em dimensões de julgamento, universais ou específicas, persistentes ou transitórias.

A definição de atitude como avaliação, de acordo com os autores, está substituindo o conceito tripartido de atitude como afeto, comportamento e cognição, em um modelo denominado “ABC”, o qual vem sendo abandonado devido à grande discrepância que se tem observado entre as medidas

empíricas dos três supostos componentes de uma mesma atitude, na mesma pessoa, em relação ao mesmo objeto. Outra crítica que os autores fazem ao modelo citado é que o mesmo, ao colocar comportamento como componente da atitude, torna sem definição a suposta relação entre atitude e comportamento, relação esta de grande interesse da psicologia social.

Ressaltando que o constructo de atitude foi individualizado ao longo deste século, Augoustinos e Walker (1995) apontam para análises mais recentes, que recuperam a natureza social das atitudes, originalmente presente nos conceitos desenvolvidos pelos sociólogos Thomas e Znaniecki (1918-20). Tais análises, segundo os autores, estão novamente enfatizando que as atitudes se originam e emergem da vida social em si, através das interações e comunicações diárias com os outros, e que algumas atitudes são largamente partilhadas, provendo significado cultural e substância à vida diária: essas atitudes partilhadas são orientadores em relação ao mundo social, bem como definidoras de grupos sociais, podendo, como tal, ter importantes consequências sociais e comportamentais, inclusive na reprodução do sistema social.

Para os autores, as atitudes atendem a necessidades das pessoas que as têm, servindo para que as mesmas expliquem e compreendam o mundo a seu redor, para se firmarem enquanto indivíduos, para externalizarem conflitos intrapsíquicos e até como fator de ajustamento social. No entanto, embora mais teorizadas em nível individual, também têm funções sociais, podendo servir, por exemplo, para localizar o indivíduo dentro da matriz social, na medida em que a expressão de valores é necessária para a coesão e

avaliação social. Podem ainda constituir um mecanismo para a transmissão de crenças e atitudes sociais, representações e ideologias sociais, pois a exposição pública de uma atitude expressa provoca uma mútua troca entre o indivíduo e o público. Finalmente, podem desempenhar um papel explicativo, no sentido de orientar o indivíduo em relação ao mundo social, posicionando os objetos sociais no espaço social.

A relação entre atitudes e comportamento é bastante complexa e parece ser intermediada por inúmeros fatores, o que faz baixar a correlação encontrada sob diversas técnicas de medição.

Augoustinos e Walker (1995) afirmam que as atitudes parecem explicar estatisticamente no máximo 10% da variação de comportamento, sendo fracas as evidências de que atitudes levam a comportamentos. Referindo-se à teoria da dissonância cognitiva de Festinger (1957), os autores dizem que as pessoas mudam suas atitudes de acordo com seu comportamento e não o contrário, princípio que se aplica sempre que um comportamento não corresponde a qualquer atitude pertinente mantida anteriormente ao mesmo, como forma de se alcançar e manter a consistência. Também citam Daryl Bem (1967, 1972) e sua teoria da autopercepção: deduzimos nossas próprias atitudes por meio de processos de atribuição, nos quais transferimos a um “ator” atitudes que são nossas e observamos as conseqüências. Finalmente, lembram que Fazio, Zanna e Cooper (1977) – teoria de julgamento social – afirmam que os processos de autopercepção entram em cena quando se trata de atitudes que a pessoa acha aceitáveis

(latitude de aceitação), enquanto processos de dissonância cognitiva atuam para atitudes que a pessoa acha inaceitáveis (latitude de rejeição).

Por outro lado, Fishbein e Ajzen (1975), citados por Lima (1997), defendem que as atitudes são fatores determinantes do comportamento humano, mas distinguem entre as atitudes gerais em relação a um objeto e as atitudes específicas frente a um comportamento relacionado ao mesmo objeto, estas últimas capazes de exercer uma influência direta, ao contrário das primeiras. No entanto, colocam as atitudes específicas, ao lado das pressões grupais e interpessoais que afetam a concretização do comportamento (normas subjetivas), como fatores envolvidos, com pesos relativos, no processo de escolha entre alternativas que constitui o comportamento. Lima (1997) discute que a importância preditiva dos componentes propostos por Fishbein e Ajzen varia entre um e outro componente de acordo com cada situação e cada população, como demonstraram estudos empíricos, e argumenta que o modelo criado por Fishbein e Ajzen (1975) ignora a importância do comportamento anterior do sujeito, do processo de formação das atitudes e do envolvimento pessoal do sujeito com o objeto de atitude.

Isso, porém, não invalida a questão inicialmente colocada: embora complexa, a relação entre atitudes e comportamento pode ter questionada sua força, mas não sua existência.

Por outro lado, é necessário discutir a retomada do estudo das atitudes em um contexto social.

Nessa ótica, Fraser (1994) discorre sobre as relações entre as atitudes e as representações sociais, estas conceituadas como “elaboração de

um objeto social pela comunidade, com o objetivo de comportamento e comunicação” (Moscovici, 1963, citado por Fraser, 1994).

Fraser (1994) argumenta que o estudo das representações sociais tornou-se oportuno na atualidade, dado o intenso processo de individualização que ocorreu em relação à pesquisa sobre as atitudes, que passaram a ser tratadas como uma medida de diferenças inter-individuais, perdendo seu potencial para o estudo de sistemas socialmente significativos, numa distorção de seu conceito original.

Apontando similaridades entre as duas teorias, o autor diz que uma não exclui a outra, mas que são complementares.

Do ponto de vista do conceito, segundo o autor, ambas as teorias se baseiam em definições tripartidas: afeto, avaliação e conhecimento, no caso das atitudes; sistema de valores, idéias e práticas, para representações sociais (citando Moscovici, 1973). Além disso, Fraser (1994) diz que, da mesma forma que as representações sociais não são vistas como estáticas, às atitudes tem sido atribuída uma estabilidade relativa, constituindo a mudança de atitude importante objeto nessa área de estudo. Diz ainda que atitudes podem ser largamente difundidas ou compartilhadas, assim como representações sociais não são necessariamente hegemônicas. Finalmente, o autor argumenta que, embora somente a teoria das representações sociais assuma explicitamente que as crenças difundidas se externalizam e institucionalizam, sendo estudadas com base em codificações coletivas, as atitudes também podem ser abordadas dessa perspectiva.

De fato, segundo Fraser (1994), a grande diferença entre representações sociais e atitudes é que as últimas vêm sendo estudadas isoladamente e não enquanto sistemas nos quais se explorem a associação e a estruturação existentes entre as diversas atitudes amplamente difundidas, que ele chama de atitudes sociais, em oposição às atitudes individuais. Para o autor, sistemas estruturados de atitudes sociais são, na verdade, representações sociais, e, sob essa perspectiva, fica mais fácil estudar os mecanismos psicológicos e sociais envolvidos na criação, sustentação e transmissão de sistemas de crenças socialmente significativas, dados os benefícios decorrentes da utilização do que as duas teorias (das atitudes e das representações sociais) têm de vantajoso.

1.4 As atitudes em relação à AIDS e o exercício profissional na saúde

O estudo das atitudes de profissionais de saúde em relação à AIDS é importante, na medida em que tais atitudes podem acarretar desvios de conduta técnica, com prejuízo aos pacientes, da mesma forma que preconceitos e estereótipos relacionados a gênero, por exemplo, interferem sobre o processo de decisão médica, conforme reconheceu o Council on Ethical and Judicial Affairs, da American Medical Association, em 1991. Esse tipo de desvio determina, de uma maneira geral, distorções e iniquidade no atendimento, o que é indesejável sob os pontos de vista técnico e,

principalmente, ético, e envolve uma doença que é, hoje, uma realidade concreta e muito próxima de toda população.

Avaliar, entre estudantes de Medicina, a existência de atitudes que podem comprometer a assistência ao paciente possibilita a necessária intervenção precoce, já no nível de graduação, visando levantar discussão sobre o tema em um momento no qual ainda não se concretizou a prática profissional, que poderia favorecer a cristalização de atitudes negativas.

Considerando que o treinamento profissional, visto da perspectiva da cultura institucional e do modelo adotado pela instituição de ensino, pode influenciar as atitudes em relação à AIDS entre estudantes da área de saúde, da mesma forma que o conhecimento de pessoas com HIV/AIDS (Sherman e Ouellete, 1999), bem como as controvérsias existentes a respeito da interferência de questões ligadas a gênero (Horsman e Sheeran, 1995), esta pesquisa teve como objetivos:

1. Detectar as atitudes de estudantes das duas escolas de Medicina existentes no Estado do Espírito Santo em 2000, em relação à AIDS.
2. Comparar atitudes dos estudantes que, em 2000, se encontravam no início e no final do curso.
3. Verificar se existia diferença de atitudes entre estudantes homens e mulheres.

Adicionalmente, tendo em vista as indicações sobre a relação entre a não-filiação religiosa e as atitudes sobre AIDS (Horsman e Sheeran, 1995), pesquisou-se também possível interferência da variável ter ou não ter religião.

2 MÉTODO

2.1 Sujeitos

Foi selecionada uma amostra representativa dos alunos do primeiro e do sexto anos do curso de Medicina, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), e do primeiro e do décimo segundo períodos do mesmo curso, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), no ano 2000.

Dessa forma, foram incluídos na amostra os estudantes que ingressaram e os que saíram da EMESCAM em 2000. Na UFES, tendo o curso de Medicina caráter semestral, foram considerados os estudantes que ingressaram e os que saíram da instituição no primeiro semestre do ano citado, mas não os que o fizeram no segundo semestre.

Nas duas instituições, a amostra foi estratificada segundo a inserção dos estudantes no curso, controlada a variável sexo. Seu tamanho foi definido para que fornecesse uma confiabilidade de 95% e um erro associado às estimativas de 5%, ficando constituída por 176 indivíduos, do total de 351 (267 da EMESCAM, sendo 127 do primeiro e 140 do sexto ano, e 84 da UFES, 41 do primeiro e 43 do décimo segundo período).

Definido o tamanho da amostra e suas respectivas proporções, foi feita a seleção dos sujeitos, usando-se o programa estatístico SPSS, versão

8.0. A distribuição dos sujeitos selecionados, segundo as variáveis consideradas, encontra-se na TABELA 1.

TABELA 1
DISTRIBUIÇÃO DE AMOSTRA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA NO
ESPÍRITO SANTO EM 2000, POR INSTITUIÇÃO, PERÍODO DE INSERÇÃO
NO CURSO E SEXO

Instituição e inserção no curso	Sexo feminino	Sexo masculino	Total
EMESCAM	82	53	135
1º. ano	42	22	64
6º. ano	40	31	71
UFES	19	22	41
1º. período	07	13	20
12º. período	12	09	21
Total	101	75	176

2.2 Instrumento

A Escala de Atitude sobre AIDS (AAS), desenvolvida por Shrum, Turner e Bruce (1989), foi traduzida com a finalidade de integrar o instrumento utilizado na pesquisa (ANEXO B).

A AAS foi originalmente construída segundo os critérios metodológicos para elaboração de escalas psicométricas recomendados, por exemplo, por Pasquali (1996) e apresenta poder discriminatório, validade e precisão. Utilizada pelos próprios autores e por Bowman, Brown e Eason (1994) para avaliar, respectivamente, atitudes de estudantes de Educação em Saúde e de Enfermagem em relação à AIDS, nos Estados Unidos da América,

teve sua validade de constructo confirmada por Bruce e Reid (1998), naquele país.

Escala tipo Likert, a AAS consiste em 54 itens e oferece aos sujeitos cinco opções de posicionamento em relação a cada item, desde forte concordância até forte discordância, medindo tolerância e cobrindo três áreas de atitudes: proximidade com pessoas com HIV/AIDS, padrões morais e padrões de bem-estar social ou legais.

Os itens da AAS expressam comportamentos, são objetivos, relevantes, variados e não contêm afirmações inapropriadas, atípicas ou absurdas, mas, algumas vezes, transmitem mais de uma idéia, comprometendo o critério da simplicidade. Esses itens distribuem-se de forma equilibrada em relação às principais áreas abrangidas pela escala, mas não o fazem em relação a outros fatores também abordados, como homossexualidade, por exemplo.

Embora o uso da AAS no Brasil possa cursar com vieses decorrentes das diferenças sócio-culturais em relação ao meio onde foi desenvolvida, cabe considerar que a “americanização” de nossa sociedade e o fato de que os Estados Unidos da América detêm quase que o monopólio universal na difusão de conhecimentos sobre HIV/AIDS minimizam, ao menos teoricamente, tal interferência.

No instrumento utilizado na pesquisa, além da AAS e das variáveis controladas para efeito de seleção da amostra (instituição, inserção no curso e sexo), foram inseridos fatores que a literatura aponta como possíveis intervenientes nas atitudes em relação à AIDS. Incluíram-se perguntas sobre

idade, religião (ter ou não ter) e conhecer pessoalmente alguém com HIV/AIDS (sim ou não). Em relação a esta última variável, levantou-se a existência de situações indicativas de maior ou menor proximidade com o indivíduo com HIV/AIDS conhecido (no grupo familiar, no grupo de amigos, no grupo de conhecidos, na prática de atividades ligadas ao curso, em outras situações).

2.3 Procedimentos

Para aplicação do instrumento, o universo dos estudantes foi abordado em sala de aula, em cada instituição e segundo inserção no curso, recebendo explicação resumida sobre o objetivo e a metodologia da pesquisa. Não foram dadas informações adicionais sobre o preenchimento da escala, além das instruções escritas no formulário, para garantir homogeneidade no conhecimento a respeito do instrumento.

A pesquisa foi respondida anonimamente por todos os estudantes presentes às reuniões, distribuindo-se formulários identificados com “A” para aqueles incluídos na amostra. Tal procedimento foi adotado visando, caso não se conseguisse realizar a coleta estatisticamente programada, efetuar o estudo proposto com base na análise da máxima proporção possível do universo, já que nem sempre todos os estudantes selecionados encontravam-se presentes às reuniões.

Os estudantes não localizados no primeiro momento foram posteriormente contactados e a maioria respondeu à pesquisa, descartando-se os formulários preenchidos por aqueles não incluídos na amostra.

A aplicação do instrumento em um momento posterior ocorreu em intervalos de tempo variados em relação à data da reunião de cada grupo e em diversos locais, como sala de prescrição de hospital, biblioteca acadêmica e residência do estudante. Na EMESCAM, 6^o. ano, a busca aos sujeitos remanescentes foi iniciada somente 15 dias após a reunião inicial, devido à dificuldade para agendamento de uma data em que os estudantes, dispersos em estágios nas diversas clínicas básicas, estivessem concentrados em um mesmo local.

3 RESULTADOS

Os dados obtidos foram analisados através dos programas estatísticos SPSS, versão 8.0 e EPI-INFO, versão 6.04b, considerando-se estatisticamente significativas diferenças com erro associado menor ou igual a 5%.

Com exceção da EMESCAM, 6º. ano, onde dois indivíduos do sexo masculino não responderam à pesquisa, conseguiu-se completar a amostra em todos os grupos, obtendo-se dados de 174 dos 176 estudantes selecionados. O percentual de resposta foi 97,2% na EMESCAM, 6º. ano, 98,5% na EMESCAM e 98,9% no total (TABELA 2). Os estudantes selecionados que responderam serão denominados simplesmente sujeitos na descrição dos resultados.

TABELA 2
DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS EM RELAÇÃO À AMOSTRA, POR
INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO

Instituição e inserção no curso	Amostra	Sujeitos que responderam	Percentual
EMESCAM	135	133	98,5
1º. ano	64	64	100,0
6º. ano	71	69	97,2
UFES	41	41	100,0
1º. período	20	20	100,0
12º. período	21	21	100,0
Total	176	174	98,9

A maioria dos sujeitos respondeu na reunião inicial (85,1%). Aqueles que o fizeram posteriormente tiveram atraso médio, em relação à data dessa reunião, de 20,8 dias, sendo o atraso maior na EMESCAM, 6º. ano (TABELA

3). Caso se considere a data em que o sujeito foi diretamente contactado, o atraso na EMESCAM, 6^o. ano, foi de 15 dias, e o atraso médio, de 12,1 dias.

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS EM FUNÇÃO DO TEMPO PARA RESPOSTA À PESQUISA, POR INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO

Instituição e inserção no curso	Resposta na reunião inicial	Percentual	Resposta posteriormente	Atraso mínimo (dias)	Atraso máximo (dias)	Atraso médio¹ (dias)
EMESCAM	118	88,7	15	30	30	30,0
1 ^o . ano	64	100,0	-	-	-	-
6 ^o . ano	54	78,3	15	30	30	30,0
UFES	30	73,2	11	1	17	8,3
1 ^o . período	14	70,0	6	1	17	9,8
12 ^o . período	16	76,2	5	6	7	6,4
Total	148	85,1	26	1	30	20,8

Nota: Sinal convencional utilizado:

- dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

¹ Somatório do número de dias de atraso de cada sujeito que respondeu posteriormente à reunião inicial, dividido pelo total de sujeitos que responderam posteriormente.

Com base nos formulários preenchidos e distribuídos os dados de acordo com o sexo dos sujeitos, verificou-se que havia diferença para mais entre os homens, acompanhada de igual diferença para menos entre as mulheres. Essa situação ocorreu na EMESCAM, 6^o. ano (dois homens a mais e duas mulheres a menos) e na UFES, 12^o. período (um homem a mais e uma mulher a menos).

Não se conseguiu corrigir a diferença, que provavelmente indica erro de preenchimento do campo sexo por parte das mulheres, pois a pesquisa foi anônima, e, devido à existência de idades coincidentes, não houve

possibilidade de identificação dos sujeitos mediante a comparação de suas idades, previamente conhecidas, com aquelas informadas nos formulários. Dessa forma, tornou-se inviável a análise dos resultados por sexo nos grupos onde se deu a diferença, bem como no total.

Por esse motivo, os resultados segundo gênero serão descritos posteriormente aos resultados gerais, já que estarão restritos aos grupos da EMESCAM, 1º. ano, e da UFES, 1º. período.

Na descrição dos resultados gerais, optou-se por apresentar as tabelas contendo as estatísticas no decorrer do texto, deslocando para os Anexos aquelas que demonstram os testes de significância. Em todas as tabelas que apresentam esses testes, utilizou-se *, ** e *** como sinais convencionais para destacar os níveis de significância de, respectivamente, $p < 0,05$, $p < 0,01$ e $p < 0,001$. As tabelas acerca dos resultados segundo gênero, exceto a que contém as estatísticas referentes ao escore, encontram-se no ANEXO D.

3.1 Caracterização dos sujeitos

A idade dos sujeitos variou entre 17 e 50 anos (TABELA 4). Os valores da mediana e da média, de 22 anos para o total dos sujeitos, foram bastante semelhantes nas duas instituições, considerado o mesmo período de inserção no curso e variando conforme o mesmo. A distribuição de idade foi

mais homogênea na UFES do que na EMESCAM: em ambos os períodos, o desvio padrão quase dobrou de uma para outra instituição.

Diferença significativa, avaliada através do teste t, apareceu somente entre o início e o final do curso ($t=-10,724$, $p=0,000$), tanto na EMESCAM ($t=-8,499$, $p=0,000$), como na UFES ($t=-8,253$, $p=0,000$). O mesmo não ocorreu entre as duas instituições ($p>0,05$ para os dados gerais, bem como para a comparação entre grupos pareados segundo inserção no curso).

TABELA 4
IDADE DOS SUJEITOS POR INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO

Instituição e inserção no curso	Idade mínima (em anos)	Idade máxima (em anos)	Idade mediana (em anos)	Idade média (em anos)	Desvio padrão (em anos)
EMESCAM	17	50	22	22,1	4,5
1º. ano	17	50	19	19,3	4,1
6º. ano	22	38	24	24,6	3,1
UFES	17	29	23	22,1	3,6
1º. período	17	29	19	19,3	2,6
12º. período	23	29	24	24,9	1,7
Total	17	50	22	22,1	4,3

Disseram ter religião 93,7% dos sujeitos (TABELA 5). Esse percentual foi maior na EMESCAM do que na UFES, com *chi quadrado* (χ^2) mostrando diferença significativa entre as instituições ($\chi^2=4,56$, $p=0,022$). Tal diferença não se fez notar quando foram comparados início e final de curso de uma maneira geral e nas instituições em separado, nem entre EMESCAM, 1º. ano, e UFES, 1º. período ($p>0,05$). No entanto, apareceu quando cotejados os dois grupos do final do curso ($\chi^2=5,59$, $p=0,002$).

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS EM FUNÇÃO DE RELIGIÃO, POR
INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO

Instituição e inserção no curso	Tem religião	Percentual	Não tem religião	Percentual
EMESCAM	128	96,2	5	3,8
1º. ano	60	93,8	4	6,3
6º. ano	68	98,6	1	1,4
UFES	35	85,4	6	14,6
1º. período	19	95,0	1	5,0
12º. período	16	76,2	5	23,8
Total	163	93,7	11	6,3

Em relação à variável conhecer alguém com HIV/AIDS, optou-se por analisá-la inicialmente de forma dicotomizada em “conhece” e “não conhece”, embora o instrumento de pesquisa discrimine o grau de proximidade com o portador de HIV/AIDS conhecido, situação que será discutida mais adiante.

Com esse nível de agregação dos dados (TABELA 6), 52,9% dos sujeitos informaram conhecer, com percentuais próximos nas duas instituições estudadas. Essa variável esteve mais presente no final do curso, produzindo diferença significativa em comparação com o início tanto de uma maneira geral ($\chi^2=77,22$, $p=0,000$) quanto entre os dois grupos da mesma instituição (EMESCAM: $\chi^2=49,22$, $p=0,000$; UFES: $\chi^2=26,60$, $p=0,000$).

Embora não assumindo significância estatística, a proporção de sujeitos da EMESCAM, 1º. ano, que disse conhecer alguém com HIV/AIDS foi o dobro daquela observada no mesmo período, na UFES. No final do curso, ocorreu o inverso, mas não na mesma proporção.

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS EM FUNÇÃO DE CONHECER ALGUÉM COM HIV/AIDS, POR INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO

Instituição e inserção no curso	Conhece	Percentual	Não conhece	Percentual
EMESCAM	70	52,6	63	47,4
1º. ano	13	20,3	51	79,7
6º. ano	57	82,6	12	17,4
UFES	22	53,7	19	46,3
1º. período	2	10,0	18	90,0
12º. período	20	95,2	1	4,8
Total	92	52,9	82	47,1

Das opções oferecidas para aferir o grau de proximidade com o portador de HIV/AIDS conhecido (no grupo familiar, no grupo de amigos, no grupo de conhecidos, na prática de atividades ligadas ao curso, em outras situações), apenas as quatro primeiras foram utilizadas. Quando o sujeito informou conhecer pessoas com HIV/AIDS em mais de um grupo, optou-se considerar o conhecimento como existente apenas naquele grupo de maior proximidade.

Considerando-se apenas os sujeitos que afirmaram conhecer alguém com HIV/AIDS (TABELA 7), verificou-se que a maioria conheceu portador(es) durante a prática de atividades ligadas ao curso (59,8%). Esse fato, demonstrado globalmente e em ambas as instituições, ocorreu especialmente no final do curso, tanto na EMESCAM como na UFES.

Diferença significativa entre a proporção de sujeitos que disse conhecer na prática de atividades ligadas ao curso e aquela que informou conhecer das outras formas sugeridas apareceu apenas entre o início e o final

do curso de uma maneira geral ($\chi^2=18,47$, $p=0,000$), particularmente na EMESCAM ($\chi^2=15,62$, $p=0,000$), mas não na UFES ($p=0,156$).

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS QUE INFORMARAM CONHECER ALGUÉM COM HIV/AIDS EM FUNÇÃO DA PROXIMIDADE COM O PORTADOR CONHECIDO, POR INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO

Instituição e inserção no curso	No grupo familiar		No grupo de amigos		No grupo de conhecidos		Na prática de atividades ligadas ao curso	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
EMESCAM	5	7,1	1	1,4	22	31,4	42	60,0
1º. ano	2	15,4	-	-	10	76,9	1	7,7
6º. ano	3	5,3	1	1,8	12	21,1	41	71,9
UFES	4	18,2	3	13,6	2	9,1	13	59,1
1º. período	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-
12º. período	3	15,0	2	10,0	2	10,0	13	65,0
Total	9	9,8	4	4,3	24	26,1	55	59,8

Nota: Sinal convencional utilizado:

- dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

3.2 Os escores

Na AAS, a maior concordância com afirmativas tolerantes vale 5, e a maior discordância, 1, distribuindo-se as posições intermediárias em valores dentro desse intervalo e com variação 1 entre si. As afirmativas intolerantes recebem pontuação inversa, ou seja, forte concordância vale 1, e forte discordância vale 5.

A pontuação geral na escala (escore) é calculada com a fórmula $(25 (\Sigma X - N)) / N$, sendo ΣX o somatório do número de pontos obtidos pelo

participante em cada item e N o número de itens respondidos. O total de pontos obtidos pode variar de 0 a 100, sendo que altos valores indicam atitudes mais tolerantes.

Shrum, Turner e Bruce (1989) observaram pontuação geral de 59,78 (desvio padrão 15,33), enquanto Bowman, Brown e Eason (1994) encontraram 73,58 (desvio padrão 11,48).

As estatísticas referentes ao escore, na presente pesquisa, são apresentadas na TABELA 8.

TABELA 8
ESCORE POR INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO

Instituição e Inserção no curso	Escore mínimo	Escore máximo	Escore mediano	Escore médio	Desvio padrão
EMESCAM	46,8	97,7	76,4	76,0	8,3
1º. ano	59,7	97,7	77,5	76,7	7,4
6º. ano	46,8	93,1	75,5	75,3	9,0
UFES	60,6	98,6	81,5	79,9	8,7
1º. período	60,6	93,5	74,1	76,4	8,5
12º. período	66,7	98,6	83,3	83,3	7,6
Total	46,8	98,6	77,8	76,9	8,5

Os sujeitos tiveram escore médio de 76,9, e sua distribuição em relação a esse valor foi praticamente normal, com predomínio de escores individuais maiores que a média, já que a mediana foi 77,8. O desvio padrão foi 8,5, e os escores variaram entre 46,8 e 98,6.

O escore médio observado na UFES (79,9) foi 5,3% superior ao da EMESCAM (76,0). Isso ocorreu devido à diferença entre o escore médio dos dois grupos no final do curso (75,3 e 83,3, respectivamente na EMESCAM e na

UFES), pois, no início, os sujeitos das duas instituições apresentaram escore médio de valor praticamente igual (76,7 na EMESCAM e 76,4 na UFES).

A distribuição dos escores individuais foi similar nas duas instituições (valores de 76,4 e 76,0 respectivamente para escore mediano e para escore médio, na EMESCAM, e 81,5 e 79,9, na UFES), também mostrando predomínio de sujeitos com escore maior que o médio.

No final do curso, essa distribuição assumiu o contorno mais próximo à curva normal, dados os valores extremamente semelhantes entre escore médio e mediano em ambas as instituições (escore mediano de 75,5 e médio de 75,3, na EMESCAM, 6^o. ano, e 83,3 e 83,3, na UFES, 12^o. período). Porém, na EMESCAM, 1^o. ano, verificou-se maior concentração de sujeitos com escores menores (escore mediano de 77,5 e médio, 76,7), enquanto na UFES ocorreu o inverso (escore mediano de 74,1 e médio, 76,4).

A diferença entre o escore mais alto e o mais baixo foi maior na EMESCAM do que na UFES (50,9 pontos contra 38,0), para os sujeitos de uma maneira geral. Analisando esse dado segundo inserção no curso de Medicina, verificou-se que tal diferença esteve concentrada principalmente na EMESCAM, 6^o. ano, onde atingiu 46,3 pontos, contra 38 pontos na EMESCAM, 1^o. ano (na UFES, a diferença foi de 32,9 e 31,9 pontos, respectivamente para o 1^o. e 12^o. períodos).

Corroborando essa observação, o desvio padrão, similar nas duas instituições (8,3 na EMESCAM e 8,7 na UFES), variou mais na primeira, crescendo de 7,4 no início do curso para 9,0 no final, do que na UFES, onde caiu de 8,5 para 7,6.

As Figuras a seguir permitem visualizar os escores nas duas instituições pesquisadas, segundo a inserção dos sujeitos no curso: entre o início e o final, enquanto na EMESCAM houve pequeno decréscimo do valor médio do escore, e aumentou a variabilidade entre os sujeitos (FIGURA 1), na UFES ocorreu crescimento desse valor, mantendo-se a variabilidade (FIGURA 2).

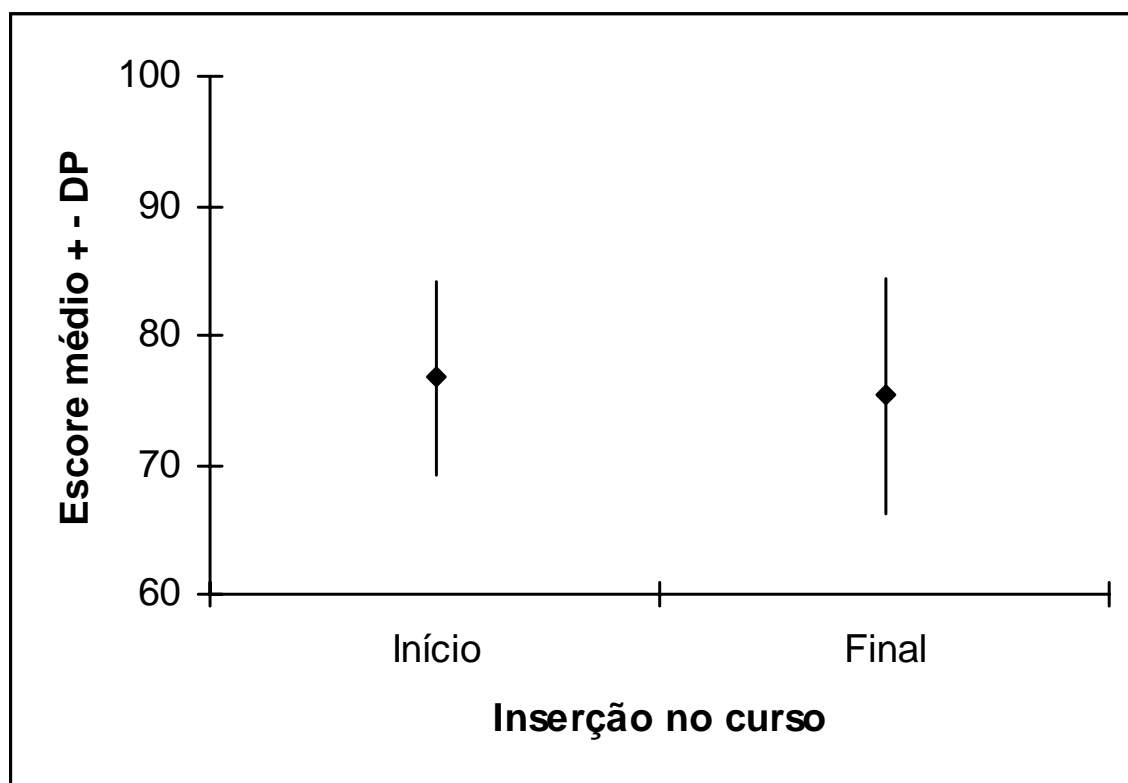


FIGURA 1 – ESCORE MÉDIO POR PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO E DESVIO PADRÃO, NA EMESCAM

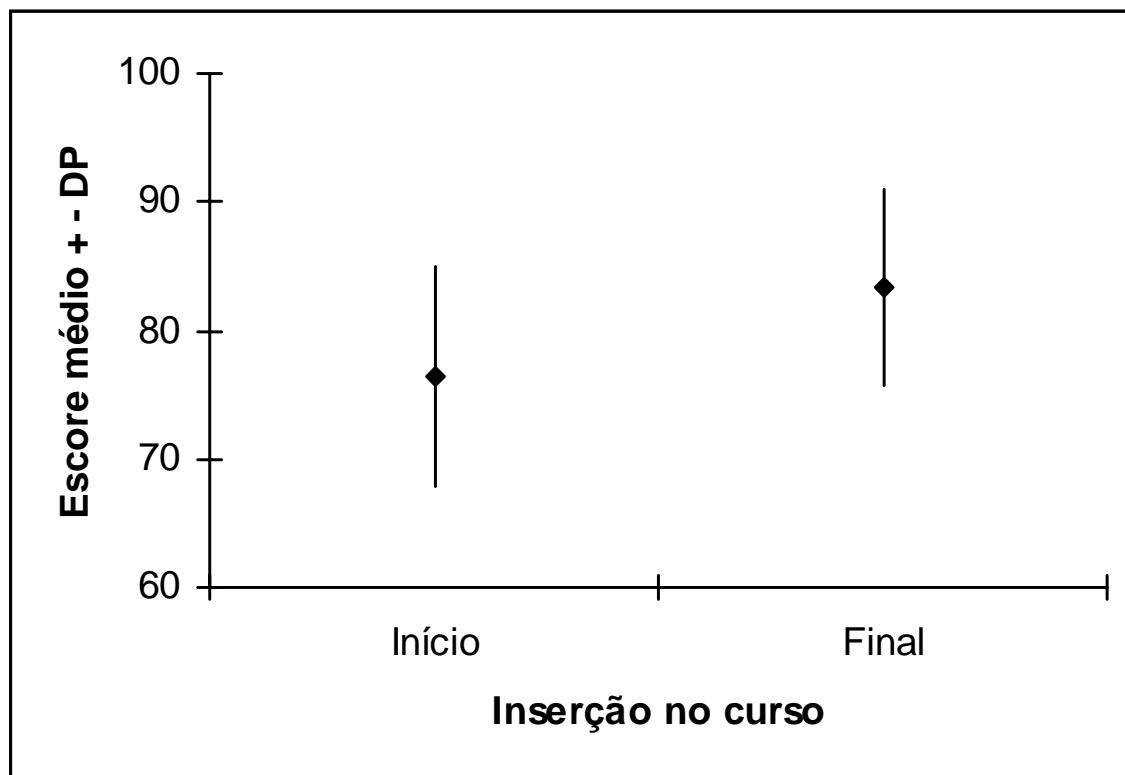


FIGURA 2 – ESCORE MÉDIO POR PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO E DESVIO PADRÃO, NA UFES

Para explicar a variabilidade média do escore, foi realizada análise de variância (ANOVA), utilizando como fatores explicativos instituição (EMESCAM e UFES) e inserção no curso (início e fim), bem como a combinação desses fatores (interações), encontrando-se os resultados apresentados na TABELA 9.

A ANOVA indicou que os fatores considerados e suas interações explicavam a variabilidade média do escore. O fator instituição foi significativo ($F=6,741$, $p=0,010$), comprovando a existência de diferença de médias entre o escore na EMESCAM (75,9 com desvio padrão 8,3) e na UFES (79,9, com desvio padrão 8,7). Já o fator inserção no curso ficou bem próximo à significância adotada ($F=3,630$, $p=0,058$), falando a favor da existência de

diferença de médias entre o início (76,6 com desvio padrão 7,6) e o final (77,2 com desvio padrão 9,4), considerado o total dos dados. Finalmente, foi significativa a interação dos fatores instituição e inserção no curso ($F=7,865$, $p=0,006$), ou seja, houve diferença de médias entre o escore, se considerados simultaneamente ambos os fatores.

TABELA 9
ANÁLISE DE VARIÂNCIA DO ESCORE, CONSIDERADOS OS FATORES
INSTITUIÇÃO E INSERÇÃO NO CURSO

Fonte de variação	Soma dos quadrados	Graus de liberdade	Média quadrada	Teste F	p-valor
Modelo	1037,493	3	345,831	5,084	0,002
Constante	760564,372	1	760564,372	11180,660	0,000
Instituição	458,567	1	458,567	6,741	0,010
Inserção	246,907	1	246,907	3,630	0,058
Instituição X inserção	535,006	1	535,006	7,865	0,006
Erro	11564,250	170	68,025		

Teste t realizado para identificar onde ocorriam as diferenças mostrou que as mesmas eram significativas apenas entre o início e o final do curso na UFES ($t=-2,753$, $p=0,009$) e entre EMESCAM e UFES no final do curso ($t=3,656$, $p=0,000$), esta última com reflexo na comparação entre as duas instituições de uma maneira geral ($t=2,626$, $p=0,009$).

Isso indica que os sujeitos, enquanto grupo, entram nas duas instituições com escores semelhantes e que se diferenciam ao longo do curso na UFES (como se verifica com o crescimento do escore já descrito), permanecendo similares na EMESCAM (o escore do grupo do final do curso praticamente não se modificou em relação ao do início).

A análise dos escores em função de religião (TABELA 10) mostrou que os sujeitos que informaram ter religião apresentaram maiores escores

mediano e médio, com exceção dos da EMESCAM, 6º. ano, onde os valores foram quase iguais na presença ou ausência da variável.

O escore mínimo foi menor e o escore máximo foi maior entre os sujeitos com religião, exceto na UFES, 12º. período, onde ocorreu o inverso. Paralelamente, em todos os grupos, menos naquele da UFES, 12º. período, bem como na amostra de uma maneira geral, registrou-se maior desvio padrão do escore entre os sujeitos que relataram religião, ou seja, o escore teve maior variabilidade na presença dessa variável.

No entanto, teste de Mann-Whitney não mostrou a existência de diferenças significativas do escore relacionadas à variável religião ($p > 0,05$).

TABELA 10
ESCORE EM FUNÇÃO DE RELIGIÃO, POR INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO

Instituição e inserção no curso	Tem religião					Não tem religião				
	Mín ₁	Máx ₂	Md ₃	Méd ₄	DP ₅	Mín ₁	Máx ₂	Md ₃	Méd ₄	DP ₅
EMESCAM	46,8	97,7	77,1	76,1	8,4	64,9	78,2	72,7	72,0	5,2
1º. ano	59,7	97,7	77,8	77,0	7,4	64,9	78,2	70,8	71,2	5,7
6º. ano	46,8	93,1	75,5	75,4	9,1	75,0	75,0	75,0	75,0	-
UFES	60,6	93,5	81,9	80,2	8,2	65,7	98,6	78,5	78,4	12,1
1º. período	60,6	93,5	74,1	76,9	8,3	65,7	65,7	65,7	65,7	-
12º. período	70,3	93,5	85,9	84,1	6,3	66,7	98,6	81,0	80,9	11,7
Total	46,8	97,7	77,8	77,0	8,5	64,9	98,6	75,0	75,5	9,8

Nota: Sinal convencional utilizado:

- dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

¹ Escore mínimo.

² Escore máximo.

³ Escore mediano.

⁴ Escore médio.

⁵ Desvio padrão.

A mesma análise, abordando conhecer pessoalmente alguém com HIV/AIDS (TABELA 11), indicou que a presença dessa variável esteve ligada a

escores mediano e médio bastante próximos em relação àqueles encontrados em sua ausência. Isso ocorreu em todos os grupos, mas, na UFES em geral, conhecer fez subir mais o valor do escore.

O escore mínimo foi menor e o escore máximo foi maior entre os sujeitos que disseram conhecer, no final do curso, nas duas instituições, verificando-se o inverso no início do curso. Porém, a variabilidade medida através do desvio padrão foi ligeiramente menor entre os sujeitos que disseram não conhecer apenas para o total dos sujeitos e na UFES, 12^o. período.

Embora não tenham sido verificadas diferenças significativas do escore nos grupos considerados segundo período de inserção no curso, na EMESCAM e no conjunto dos dados (teste de Mann-Whitney, $p > 0,05$), este tipo de diferença ocorreu na UFES de uma maneira geral ($p = 123,500$, $t = 0,025$).

TABELA 11

ESCORE EM FUNÇÃO DE CONHECER ALGUÉM COM HIV/AIDS, POR INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO

Instituição e inserção no curso	Conhece					Não conhece				
	Mín 1	Máx 2	Md 3	Méd 4	DP 5	Mín 1	Máx 2	Md 3	Méd 4	DP 5
EMESCAM	46,8	93,1	75,7	76,0	8,5	59,7	97,7	77,8	76,0	8,1
1 ^o . ano	66,2	91,2	77,3	77,8	6,9	59,7	97,7	77,8	76,4	7,6
6 ^o . ano	46,8	93,1	75,5	75,6	8,9	62,5	88,0	73,1	74,3	10,1
UFES	66,7	98,6	82,4	82,7	7,8	60,6	93,5	74,1	76,7	8,8
1 ^o . período	73,1	80,6	76,9	76,9	5,2	60,6	93,5	74,1	76,3	8,9
12 ^o . período	66,7	98,6	83,8	83,3	7,8	83,3	83,3	83,3	83,3	-
Total	46,8	98,6	77,8	77,6	8,8	59,7	97,8	77,1	76,1	8,2

Nota: Sinal convencional utilizado:

- dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

¹ Escore mínimo.

² Escore máximo.

³ Escore mediano.

⁴ Escore médio.

⁵ Desvio padrão.

Mesmo assim, outra análise de variância (ANOVA) para explicar a variabilidade média do escore, utilizando como fatores instituição (EMESCAM e UFES), inserção no curso (início e fim) e conhecer alguém com HIV/AIDS (no grupo familiar, no grupo de amigos, no grupo de conhecidos, na prática de atividades ligadas ao curso, não conhecer), bem como a combinação desses fatores (interações), mostrou que os fatores considerados e suas interações não explicavam a variabilidade média do escore (TABELA 12). Ou seja, a variabilidade média do escore relacionou-se apenas aos fatores instituição e inserção no curso, como referido anteriormente.

TABELA 12
ANÁLISE DE VARIÂNCIA DO ESCORE, CONSIDERADOS OS FATORES
INSTITUIÇÃO, INSERÇÃO NO CURSO E CONHECER ALGUÉM COM
HIV/AIDS

Fonte de variação	Soma dos quadrados	Graus de liberdade	Média quadrada	Teste F	p-valor
Modelo	1645,674	16	102,855	1,474	0,116
Constante	180717,452	1	180717,452	2589,674	0,000
Instituição	196,815	1	196,815	2,820	0,095
Inserção	16,084	1	16,084	0,230	0,632
Conhece	140,166	4	35,042	0,502	0,734
Instituição X inserção	0,409	1	0,409	0,006	0,939
Instituição X conhece	61,718	4	15,429	0,221	0,926
Inserção X conhece	347,752	4	86,938	1,246	0,294
Instituição X inserção X conhece	88,194	1	88,194	1,264	0,263
Erro	10956,068	157	69,784		

3.3 As diferenças de gênero

A descrição dos resultados desta pesquisa segundo o sexo dos sujeitos está restrita aos grupos do início do curso de Medicina na EMESCAM

e na UFES, e a maioria das tabelas que apresentam as estatísticas em relação a essa distribuição estão contidas no ANEXO D, conforme referido anteriormente.

Os sujeitos do início do curso foram 84, 64 da EMESCAM e 20 da UFES. Embora predominando no total (58,3%), as mulheres foram grupo majoritário na EMESCAM (65,6%), ao contrário da UFES, onde os homens representaram 65,0%.

Em relação à distribuição por idade, não houve diferenças significativas entre os sexos nem entre as instituições, comparadas sexo a sexo (teste t, $p > 0,05$). A idade média foi de 19,3 anos, sendo 20,2 para o sexo masculino e 18,7 para o feminino. Na EMESCAM, os homens mostraram-se, em média, quase dois anos mais velhos que as mulheres (20,5 anos contra 18,7) e na UFES quase um ano (19,8 anos contra 18,3).

Também não se encontraram diferenças significativas entre os sexos nem entre as instituições, analisando-se a distribuição dos sujeitos de acordo com a informação sobre ter ou não ter religião (*chi quadrado*, $p > 0,05$). A maioria respondeu positivamente a essa variável (94,0%). Na EMESCAM, proporcionalmente menos mulheres (92,9%), em relação aos homens (95,5%), informaram ter religião. O inverso ocorreu na UFES (100,0% das mulheres contra 92,3% dos homens disseram ter religião).

Apenas 15 sujeitos informaram conhecer alguém com HIV/AIDS, sendo oito homens (seis na EMESCAM e dois na UFES) e sete mulheres (todas na EMESCAM). A proporção de sujeitos nessa situação verificada no grupo da UFES (10,0%) foi a metade daquela registrada na EMESCAM

(20,3%). No entanto, não houve diferenças significativas em relação à distribuição desses sujeitos entre os sexos nem entre as instituições (*chi quadrado*, $p > 0,05$).

A maioria dos sujeitos que informou conhecer alguém com HIV/AIDS disse tê-lo feito no grupo de conhecidos (dez sujeitos). Dos demais, três disseram conhecer no grupo familiar; um, no grupo de amigos; e um, na prática de atividades ligadas ao curso.

Os escores do sexo feminino foram sempre maiores (TABELA 13), e as mulheres apresentaram menor variabilidade em relação à média, de uma maneira geral e na EMESCAM. Realizado teste t para comparar as diferenças de médias do escore entre os sexos e entre as instituições, pareadas segundo sexo, não se encontrou significância estatística ($p > 0,05$).

TABELA 13

ESCORE NO INÍCIO DO CURSO POR INSTITUIÇÃO E SEXO

Instituição e sexo	Escore mínimo	Escore máximo	Escore mediano	Escore médio	Desvio padrão
EMESCAM	59,7	97,7	77,5	76,7	7,4
Feminino	64,9	97,7	78,2	78,0	6,3
Masculino	59,7	88,9	72,0	74,1	8,8
UFES	60,6	93,5	74,1	76,4	8,5
Feminino	64,4	93,5	74,1	77,6	9,9
Masculino	60,6	89,4	74,1	75,7	8,0
Total	59,7	97,7	77,3	76,6	7,6
Feminino	64,4	97,7	78,2	78,0	6,8
Masculino	59,7	89,4	73,1	74,7	8,4

Embora sem produzir diferenças significativas (teste de Mann-Whitney, $p > 0,05$), ter religião relacionou-se a escores mais altos, em média (77,0 contra 70,1, para o conjunto dos sujeitos). Isso ocorreu em ambos os

sexos, mas a diferença em relação ao grupo sem religião foi maior entre as mulheres, que registraram escore médio de 78,4 e 70,7, respectivamente para ter e para não ter religião, enquanto os homens apresentaram 75,0 e 69,2. Na EMESCAM, os homens que disseram ter religião obtiveram escore médio quase dois pontos maior do que aqueles que negaram (74,2 e 72,7), sendo que as mulheres, comparadas da mesma forma, o apresentaram oito pontos maior (78,6 e 70,7). Na UFES, o escore médio dos homens com religião também foi muito maior do que o daqueles sem (76,5 e 65,7) e as mulheres, todas com religião, tiveram escore médio de 77,6.

Também não interferiu significativamente com o valor médio do escore o fato de conhecer ou não alguém com HIV/AIDS (teste de Mann-Whitney, $p > 0,05$). Esse valor foi ligeiramente maior entre os sujeitos que disseram conhecer (77,7 contra 76,4 no total), com variação maior entre os homens (76,5 e 74,1) do que entre as mulheres (79,0 e 77,8). O mesmo fato se verificou na EMESCAM, em ambos os sexos (homens com 76,4 e 73,2 e mulheres com 79,0 e 77,8), e na UFES, no sexo masculino (76,9 e 75,5). Na UFES, nenhuma mulher informou conhecer alguém com HIV/AIDS, e o escore médio no sexo feminino ficou em 77,6.

3.4 Análise fatorial

Em seu trabalho original, Shrum, Turner e Bruce (1989) constataram que três fatores explicavam aproximadamente 45% da variabilidade encontrada

na amostra, relacionando-se à proximidade com pessoas com HIV/AIDS (34,9%), a padrões morais (3,46%) e de bem-estar social ou legais (1,96%).

Essa verificação foi realizada através de análise fatorial, técnica multivariada para redução do número de variáveis que permite a construção de novas variáveis sintéticas (os fatores), obtidas pela combinação linear das variáveis iniciais (no caso, os itens da AAS). O método agrupa variáveis que tenham apresentado variância comum, ou seja, aquelas em que o padrão dos dados foi semelhante. As variáveis assim agrupadas passam, em conjunto, a constituir um fator, obtendo-se redução da dimensionalidade das variáveis iniciais, o que possibilita a interpretação de eixos mais genéricos quanto ao conteúdo.

No entanto, a análise fatorial dos dados obtidos nesta pesquisa não produziu um agrupamento coerente de itens em função de seu conteúdo, de modo a formar chaves de componentes, equivalentes a áreas de atitudes cobertas pela escala.

Por exemplo, no fator 1, que cobriu 17,35% da variabilidade da amostra, itens relacionados a contato ou proximidade (5, 9, 14, 16, 24 e 53) foram agrupados com itens referentes a medo de contágio (13, 19), a questões legais (15) ou morais (46), além do 36, que envolve também aspectos morais, medo de contágio e proximidade. Já o fator 2 (5,97% da variabilidade) agrupou itens referentes a aspectos morais (27, 39, 40, 42 e 54) junto a outros vinculados a questões legais (44, que também trata de moralidade, e 49).

Essa forma de agrupamento ocorreu nos nove fatores seguintes, que, junto com os dois primeiros, explicaram 52,27% da variabilidade da amostra. Os QUADROS 1 a 11 mostram a composição dos primeiros fatores.

QUADRO 1

ANÁLISE FATORIAL DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA AAS – FATOR 1

- | |
|--|
| <p>05. As pessoas não deveriam ter medo de pegar AIDS em contatos casuais, como abraços e apertos de mão.</p> <p>09. Estar perto de uma pessoa com AIDS não colocaria minha saúde em risco.</p> <p>13. As pessoas deveriam evitar ir ao dentista porque podem pegar AIDS através dos instrumentos odontológicos.</p> <p>14. A idéia de estar perto de alguém com AIDS não me incomoda.</p> <p>15. Pessoas com AIDS não deveriam ser proibidas de trabalhar em locais públicos.</p> <p>16. Eu não iria querer estar na mesma sala com alguém que eu soubesse que tem AIDS.</p> <p>19. As pessoas não deveriam ter medo de doar sangue por causa da AIDS.</p> <p>24. Não me importaria de assistir aulas com alguém que tivesse AIDS.</p> <p>36. Eu não teria medo de tomar conta de um familiar com AIDS.</p> <p>46. Eu não teria dificuldades para discutir AIDS com outras pessoas.</p> <p>53. Eu não evitaria um amigo se ele ou ela tivesse AIDS.</p> |
|--|

Nota: Explica 17,35% da variabilidade da amostra.

QUADRO 2

ANÁLISE FATORIAL DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA AAS – FATOR 2

- | |
|--|
| <p>27. As pessoas contraem AIDS fazendo sexo anormal.</p> <p>39. A melhor maneira de se livrar da AIDS é livrar-se do homossexualismo.</p> <p>40. As igrejas deveriam tomar uma posição forte contra o abuso de drogas e o homossexualismo, para prevenir a propagação da AIDS.</p> <p>42. O dinheiro que tem sido gasto em pesquisa sobre a AIDS deveria ser usado para controlar doenças que afetam gente inocente.</p> <p>44. A propagação da AIDS prova que o comportamento homossexual deveria ser considerado ilegal.</p> <p>49. Pais que transmitem AIDS a seus filhos deveriam ser processados</p> <p>54. A propagação da AIDS em nossa sociedade mostra o crescimento da imoralidade em nosso país.</p> |
|--|

Nota: Explica 5,97% da variabilidade da amostra.

QUADRO 3

ANÁLISE FATORIAL DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA AAS – FATOR 3

- | |
|---|
| 01. Controlar a epidemia de AIDS é mais importante do que tentar proteger os direitos das pessoas aidéticas.
10. Apenas pessoas desprezíveis contraem AIDS.
11. Acho que as pessoas com AIDS têm o que merecem.
35. A AIDS é uma punição por comportamento imoral.
41. As companhias de seguro não deveriam poder cancelar apólices por causas relacionadas à AIDS. |
|---|

Nota: Explica 4,50% da variabilidade da amostra.

QUADRO 4

ANÁLISE FATORIAL DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA AAS – FATOR 4

- | |
|--|
| 20. Uma lista das pessoas com AIDS deveria estar disponível para o conhecimento de todos.
34. Os resultados dos exames de AIDS deveriam ser confidenciais, para evitar discriminações contra as pessoas com soro positivo.
45. O Governo deveria ter uma lista das pessoas com AIDS. |
|--|

Nota: Explica 3,76% da variabilidade da amostra.

QUADRO 5

ANÁLISE FATORIAL DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA AAS – FATOR 5

- | |
|---|
| 03. Eu casaria com alguém que tivesse AIDS.
07. Pessoas que recebessem resultado positivo no exame de AIDS não deveriam ter permissão para casar.
21. Eu namoraria com alguém que tivesse AIDS.
30. É constrangedor que haja tantas pessoas com AIDS em nossa sociedade. |
|---|

Nota: Explica 3,61% da variabilidade da amostra.

QUADRO 6

ANÁLISE FATORIAL DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA AAS – FATOR 6

- | |
|---|
| 22. As pessoas não deveriam culpar os homossexuais pela epidemia de AIDS.
38. Se eu tivesse condições financeiras, daria dinheiro para um projeto de pesquisa sobre AIDS.
47. Não vale a pena conhecer pessoas com AIDS.
48. Não tenho simpatia por homossexuais com AIDS. |
|---|

Nota: Explica 3,21% da variabilidade da amostra.

QUADRO 7

ANÁLISE FATORIAL DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA AAS – FATOR 7

- | |
|--|
| <p>08. Eu preferiria não ficar perto de homossexuais por medo de contrair AIDS.</p> <p>12. Pessoas com AIDS não deveriam se afastar das outras pessoas.</p> <p>26. Eu permitiria que meus filhos brincassem com os filhos de alguém que tivesse AIDS.</p> <p>29. Apenas de olhar para alguém, eu poderia dizer se ele ou ela tem AIDS.</p> <p>31. Profissionais de saúde não deveriam se recusar a tratar pessoas com AIDS, não importa quais sejam seus sentimentos pessoais sobre a AIDS.</p> <p>32. Crianças com AIDS não deveriam ser proibidas de ir a escolas ou a creches.</p> <p>37. Eu não moraria na mesma casa com uma pessoa que tivesse AIDS.</p> |
|--|

Nota: Explica 3,07% da variabilidade da amostra.

QUADRO 8

ANÁLISE FATORIAL DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA AAS – FATOR 8

- | |
|--|
| <p>18. Pessoas que transmitem AIDS para outras deveriam ser criminalmente punidas.</p> <p>43. Uma pessoa que transmite AIDS para outra deveria ser legalmente responsável por todas as despesas médicas.</p> |
|--|

Nota: Explica 2,86% da variabilidade da amostra.

QUADRO 9

ANÁLISE FATORIAL DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA AAS – FATOR 9

- | |
|--|
| <p>04. Eu pediria demissão de meu trabalho para não ter de trabalhar com uma pessoa com AIDS.</p> <p>25. Um patrão deveria ter o direito de despedir um empregado que tivesse AIDS, independentemente do tipo de trabalho que ele ou ela faça.</p> <p>33. Crianças com AIDS provavelmente têm algum dos pais homossexual.</p> <p>50. Pessoas com AIDS deveriam ser mandadas para isolamento em hospitais, para proteger os outros da doença.</p> <p>51. As pessoas não teriam tanto medo da AIDS se soubessem mais sobre a doença.</p> |
|--|

Nota: Explica 2,81% da variabilidade da amostra.

QUADRO 10

ANÁLISE FATORIAL DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA AAS – FATOR 10

- | |
|--|
| <p>17. “Praga dos homossexuais” é uma maneira apropriada para descrever a AIDS.</p> <p>28. Pessoas com AIDS não deveriam ser olhadas com superioridade pelas outras.</p> |
|--|

Nota: Explica 2,61% da variabilidade da amostra.

QUADRO 11

ANÁLISE FATORIAL DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA AAS – FATOR 11

- | |
|--|
| <p>02. Apoiar grupos de pessoas com AIDS seria de grande ajuda para elas.</p> <p>06. Eu gostaria de ficar tranquilo perto de pessoas com AIDS.</p> <p>23. Ninguém merece ter uma doença como a AIDS.</p> <p>52. Hospitais e casas de saúde não deveriam recusar-se a admitir pacientes com AIDS.</p> |
|--|

Nota: Explica 2,54% da variabilidade da amostra.

4 DISCUSSÃO

Segundo Fraser (1994), atitude é um conceito tripartido, cujos constituintes são conhecimento, afeto e avaliação. Augostinos e Walker (1995) enfatizam que as atitudes, pelo menos as gerais, têm origem na vida social e são largamente partilhadas. Considerando o conteúdo das afirmações contidas na escala utilizada nesta pesquisa (AAS), decidiu-se adotar as concepções desses autores sobre atitude, para a análise dos dados obtidos.

No que diz respeito à AIDS, Hodgson (1997) argumenta que as atitudes sofrem a interferência de vieses atribucionais, porque as pessoas tendem, de uma maneira geral, a superestimar o peso de fatores pessoais, em relação a fatores situacionais, ao analisar a ocorrência de determinado evento. Consequentemente, passam a ver o “ator” como inteiramente responsável pelo seu estado, independentemente do contexto, o que favorece o próprio sentimento de controle sobre os acontecimentos e faz com que possam encarar o contágio como uma possibilidade distante para si próprias.

Isso se aplica não só aos estudantes de Medicina, para os quais o relacionamento com indivíduos com HIV/AIDS é uma contingência da opção profissional, mas até a pessoas que, por sua própria vontade e iniciativa, aproximam-se do universo desses indivíduos. Estudo realizado por Figueiredo e Fioroni (1997) com participantes de organizações não governamentais voltadas para o atendimento a pessoas com HIV/AIDS mostrou que os voluntários têm percepções estigmatizantes a respeito da doença e do doente, atribuindo a este a responsabilidade pelo próprio contágio.

A respeito dos resultados encontrados na presente pesquisa, cabe inicialmente considerar que a amostra estudada não foi estratificada segundo idade. Embora essa variável só tenha acusado diferenças significativas entre os grupos quando cotejados início e final do curso de Medicina, o que era esperado, os sujeitos se distribuíram de forma diferente em relação à idade, nas duas escolas, formando um grupo mais homogêneo na UFES do que na EMESCAM, em ambos os períodos de inserção no curso.

A literatura indica que existem controvérsias quanto à influência direta da idade sobre as atitudes dos profissionais de saúde em relação à AIDS: atitudes mais negativas entre jovens podem estar ligadas à presença de filhos pequenos e atitudes mais positivas entre os mais velhos, ao exercício de atividades que não envolvem o cuidado direto com pacientes.

É certo que, entre profissionais, a variação de idade (e dos fatores a ela associados, como casamento, filhos, situações de trabalho) é bem maior do que aquela existente entre estudantes avaliados nesta pesquisa. No entanto, mesmo nestes últimos, uma distribuição heterogênea de idade pode ocasionar uma distribuição também heterogênea de escores na AAS.

Por outro lado, merece registro o fato de que os integrantes dos grupos estudados, exceto EMESCAM, 1º. ano, não responderam à pesquisa exatamente sob as mesmas condições, já que proporções variadas de seus componentes o fizeram em diferentes ocasiões e circunstâncias. A diversidade de condições em que se deu a aplicação da AAS, em que pesem os cuidados tomados visando à padronização de procedimentos, é capaz de influenciar os

resultados, sendo difícil aferir até que ponto esse fator esteve presente ou mesmo qual dos grupos foi mais afetado.

Ainda preliminarmente, chama atenção o erro de preenchimento do campo sexo por três das 52 mulheres do final do curso.

É possível que as estudantes que cometeram tal erro tenham confundido a convenção “M”, adotada no instrumento de pesquisa para especificar o sexo masculino, identificando-a com o termo “mulher”. No entanto, o contraponto para “M” igual a mulher seria “H” (homem) e não “F”, convenção que foi utilizada para designar o sexo feminino e que, no instrumento, encontrasse colocada na mesma linha e um centímetro de distância após “M”. Por isso, pode-se pensar também em erro proposital no preenchimento do campo, visando fraudar resultados.

Tal hipótese é corroborada pelo fato de que, embora o erro tenha se restringido ao final do curso, se o fator confusão fosse considerado erro aleatório para o sexo feminino, a probabilidade de que uma aluna do início do curso o cometesse seria ligeiramente maior do que aquela existente no final (2,04% contra 1,92%, diferença de 0,12%), e tal probabilidade seria ainda maior de que três alunas o cometessem (6,25% contra 5,88%, diferença de 0,37%).

Levando em conta que as diferenças de probabilidade são pequenas, é lícito considerar plausíveis as duas hipóteses – erro aleatório e erro proposital – como justificativas possíveis para o problema verificado. Em se tratando da segunda, o erro proposital pode ter se estendido além do campo sexo, afetando os próprios itens da escala aplicada.

A respeito da análise fatorial dos dados, em que o agrupamento de itens não informou sobre dimensões das atitudes cobertas pela escala utilizada, cabe registrar que esse fato pode ser decorrente do padrão cultural existente no Brasil, onde, ao contrário dos Estados Unidos da América, local da pesquisa original de Shrum, Turner e Bruce (1989), grandes áreas temáticas, como as que envolvem questões morais e legais, se misturam e se confundem.

Tal fato indica que a AAS pode não ser uma escala adequada para nosso meio ou, pelo menos, que os resultados de sua aplicação, no que diz respeito às dimensões de atitudes que cobre, necessitam ser avaliados à luz da realidade sócio-cultural aqui existente.

Nesta pesquisa, porém, a AAS prestou-se à avaliação geral de atitudes em relação à AIDS e não à identificação de dimensões específicas que a escala pudesse estar aferindo, motivo pelo qual os resultados não são afetados.

Feitas essas considerações, passa-se a comentar as atitudes em relação à AIDS encontradas nos estudantes segundo sua inserção no curso de Medicina e de acordo com a instituição de ensino à qual estão vinculados.

Segundo os dados da literatura, o treinamento profissional e conhecer pessoas com HIV/AIDS favorece atitudes positivas entre os profissionais de saúde, reduzindo o medo de contágio e promovendo a intenção de tratar (Sherman e Ouelette, 1999). Considerados os grupos do início do curso livres da influência do fator treinamento e como foi verificado na presente pesquisa, ambas as condições encontravam-se mais presentes entre

os estudantes do final do curso, sendo esperado, portanto, que os mesmos apresentassem escores mais elevados.

Os estudantes que ingressaram nas duas escolas de Medicina do Espírito Santo em 2000 mostraram-se mais tolerantes que os avaliados por Shrum, Turner e Bruce, em 1989 (escore de 59,78 em estudantes de Educação em Saúde) e por Bowman, Brown e Eason, em 1994 (escore de 73,58 em estudantes de Enfermagem), fato que não surpreende, tendo em vista o crescimento das atitudes positivas em relação à AIDS observado em todo mundo desde o início da epidemia (Sherman e Ouellette, 1999). Além disso, apresentaram, na EMESCAM e na UFES, padrão semelhante de atitudes em relação à AIDS, não havendo correlação significativa entre a pontuação que alcançaram na escala e ter ou não religião ou conhecer ou não pessoalmente indivíduos infectados. Não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos nos grupos do início do curso, embora as mulheres tenham apresentado escores maiores que os homens.

Já os estudantes que concluíram o curso em 2000, também com escores médios superiores aos citados na literatura, mostraram-se diferentes entre si quanto às atitudes manifestadas: os da EMESCAM, ligeiramente menos tolerantes do que os estudantes em início do curso na mesma escola, apresentaram crescimento da variabilidade na pontuação obtida na escala, enquanto os da UFES revelaram-se mais tolerantes do que os do início, ocorrendo redução da variabilidade dos escores. Da mesma forma que no início do curso, ter ou não religião e conhecer ou não indivíduos infectados não se correlacionaram com o valor dos escores.

Embora a presente pesquisa não tenha acompanhado as mesmas pessoas ao longo do curso de Medicina, medindo suas atitudes em relação à AIDS ao início e ao final, não há motivos para supor que os grupos estudados sejam diferentes entre si em decorrência de outros motivos que não aqueles relacionados com a instituição em que estudam e o período em que se inserem no curso de Medicina.

A grande concorrência nos vestibulares de Medicina (ANEXO E), desde a fundação das duas escolas, exige dos estudantes aprovados alta qualidade de ensino nos níveis fundamental e médio. A maioria absoluta dos candidatos selecionados é originária da rede privada de ensino, sendo que os melhor classificados, em geral, optam pela UFES, em detrimento da EMESCAM, que absorve os subseqüentes (são 80 e 120 vagas anuais, respectivamente).

Dessa forma, é procedente pensar que os estudantes das duas instituições pertencem a segmentos sócio-econômicos semelhantes, nos quais têm origem e emergem as atitudes que manifestam: as atitudes que a presente pesquisa detectou nos grupos que iniciaram o curso em 2000 são semelhantes, porque se formaram segundo sistemas estruturados de atitudes também semelhantes, pelos quais os sujeitos desses grupos continuarão a ser afetados durante o curso de Medicina, em paralelo com as influências que sofrerão no meio escolar.

Em que pese a rápida disseminação das informações socialmente compartilhadas na sociedade atual e os avanços e descobertas especificamente relacionadas ao conhecimento técnico e científico do

HIV/AIDS (Sherman e Ouelette, 1999), além do fato de que o intervalo de tempo que separa o início do final do curso é de cinco anos, é muito provável que os grupos que saíram do curso em 2000, da mesma forma que os que o iniciaram, também tenham manifestado atitudes semelhantes em 1995 e, no decorrer desses anos, tenham ficado submetidos aos mesmos fatores extra-escolares.

Supondo que os estudantes no final do curso, nas duas escolas, tinham atitudes semelhantes em 1995, e que o elemento responsável pela diferenciação foi a instituição, quais seriam os fatores existentes, nas instituições pesquisadas, que poderiam estar associados às mudanças verificadas entre os dois períodos? Porque aumentou a tolerância em relação à AIDS entre os estudantes da UFES? O que produziu a queda da tolerância e o aumento da variabilidade das atitudes expressas pelos estudantes da EMESCAM?

Embora analisar a complexidade da organização didático-pedagógica de uma escola médica exija um estudo aprofundado, que não foi tema desta pesquisa, os fatores envolvidos provavelmente estarão aí situados. Vale ressaltar que a questão não se resumirá ao conteúdo curricular, semelhante nas duas instituições, mas à amplitude do processo que envolve a construção das relações aluno-professor e aluno-paciente, visto este último – o paciente – como objeto de estudo da Medicina.

Espera-se que uma escola intolerante produza estudantes intolerantes, ocorrendo o inverso em uma escola liberal: essa consideração talvez possa explicar a queda dos escores na EMESCAM, *versus* o aumento

dos mesmos na UFES. Porém, qualquer que seja a linha da escola, espera-se também que tenha um efeito global sobre seus estudantes, que se mostrariam mais ou menos tolerantes de forma homogênea, o que não se verificou na EMESCAM.

É interessante observar que, no caso em discussão, a causa do aumento da variabilidade das atitudes não deve estar relacionada ao conhecimento técnico em si, considerando que, em 1999, no Exame Nacional de Cursos, os estudantes da EMESCAM obtiveram notas mais baixas, mas com praticamente a mesma variação registrada na UFES (média de 49,56 pontos, com desvio padrão de 11,29, e média de 53,96 pontos, com desvio padrão de 11,47, respectivamente nas duas instituições, segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (2000).

Diante dos argumentos apresentados, é procedente sugerir a realização de pesquisas que investiguem a cultura e os projetos pedagógicos das duas instituições, como possíveis determinantes das diferenças encontradas. Também é conveniente, tendo em vista a importância do tema, as controvérsias existentes na literatura (Horsman e Sheeran, 1995) e a limitação dos dados da presente pesquisa, que sejam desenvolvidos estudos referentes à interferência das questões pertinentes a gênero sobre as atitudes dos estudantes de Medicina em relação à AIDS.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Council on Ethical and Judicial Affairs.

Gender disparities in clinical decision making. The Journal of the American Medical Association , v. 266, n. 4, p. 559-62, jul. 24/31 1991.

AUGOUSTINOS, M., WALKER, I. **Social cognition** : an integrated introduction.

London : Sage, 1995. Capítulo 2 : Attitudes. p.12-31.

BOWMAN, J. M., BROWN, S. T., EASON, F. R. Attitudes of baccalaureate

nursing in one school toward acquired immune deficiency syndrome. **AIDS Education and Prevention**, v. 6, n. 6, p. 535-541, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional

de Epidemiologia. **Doenças infecciosas e parasitárias** : guia de bolso. 1. ed. Brasília, 1998.

BRUCE, K. E., REID, B. C. Assessing the construct validity of the AIDS Attitude

Scale. **AIDS Education and Prevention**, v. 10, n. 1, p. 75-89, 1998.

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

DE VITÓRIA (diretoria@emescam.br). **Relação candidato-vaga nos vestibulares de medicina** : 1996-2000. E-mail para FRAUCHES, D. O. [mensagem capturada em 02 abr. 2001].

DHALIA, C., BARREIRA, D., CASTILHO, E. A. A AIDS no Brasil : situação atual e tendências. **AIDS Boletim Epidemiológico**, v. 13, n. 1, p. 3-13, jun. 2000.

FIGUEIREDO, M. A. C., SOUZA, L. B. Atitudes frente à AIDS : um estudo comparativo entre categorias profissionais na área de saúde. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 24, n. 3, p. 175-85, jul./set. 1991.

FIGUEIREDO, M. A. C., FIORONI, L. N. Uma análise de conteúdo das crenças relacionadas com a AIDS entre participantes em ONGs. **Estudos de Psicologia**, v. 2, n. 1, p. 28-41, 1997.

FIGUEIREDO, R. M., TURATO, E. R. A enfermagem diante do paciente com AIDS e a morte. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 12, p. 641-7, dez. 1995.

FRASER, C. Attitudes, social representations and widespread beliefs. **Papers on Social Representation**, v. 3, n. 1, p. 13-25, 1994.

HODGSON, I. Attitudes toward people with HIV/AIDS : entropy and health care ethics. **Journal of Advanced Nursing**, v. 26, n. 2, p. 283-8, 1997.

HORSMAN, J. M., SHEERAN, P. Health care workers and HIV/AIDS : a critical review of the literature. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 11, p. 1535-67, 1995.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS (orpilati@inep.gov.br). **Média e desvio padrão das notas dos estudantes de medicina da EMESCAM e da UFES no exame nacional de cursos em 1999.** E-mail para FRAUCHES, D. O. [mensagem capturada em 31 out. 2000].

LIMA, M. L. Atitudes. In: VALA, J., MONTEIRO, M. B. (Coord.). **Psicologia Social**. 3. ed. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 1997. p. 167-199.

MALBERGIER, A., STEMPLIUK, V. A. Os médicos diante do paciente com AIDS : atitudes, preconceito e dificuldades. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 46, n. 5, p. 265-73, mai. 1997.

MONITORING THE AIDS PANDEMIC (MAP) NETWORK. **The status and trends of the HIV/AIDS/STD epidemics in Latin America and the Caribbean** : final report [online]. Rio de Janeiro, 1997. Disponível: <http://www.aids.gov.br/> [capturado em 09 jan. 2000].

MOREIRA-SILVA, S. F. Análise da situação epidemiológica da AIDS no Espírito Santo até novembro de 2000. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS/ES**, n. 5, p. 17-28, mai.-nov. 2000.

PASQUALI, L. **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília : UnB, 1996. Cap. 3, p. 73-115 : Medida psicométrica. Cap. 4, p. 117-139 : Medidas escalares.

SHERMAN, D. W., OUELLETTE, S. C. Moving beyond fear. **The Nursing Clinics of North America**, v. 34, n. 1, p. 1-48, mar. 1999.

SHRUM, J. C., TURNER, N. H., BRUCE, K. E. M. Development of an instrument to measure attitudes toward acquired immune deficiency syndrome. **AIDS Education and Prevention**, v. 1, n. 3, p. 222-30, 1989.

THULER, L. C. S., VAZ, L. F. G. Infecção pelo HIV. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 66, n. 3, p. 85-108, mar. 1994.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. **Dados vestibular UFES** : relação candidato/vaga nos últimos cinco anos [online]. 2001. Disponível: <http://www.ufes.br/~ccv/> [capturado em 02 abr. 2001].

ANEXOS

ANEXO A
ALGUNS TRABALHOS CITADOS POR HORSMAN E SHEERAN
(1995), SEGUNDO FONTE, CONTEÚDO RELACIONADO AOS
RESULTADOS, SUJEITOS E PAÍS DE REALIZAÇÃO

(continua)

FONTE	RESULTADOS	SUJEITOS	PAÍS
Cultura			
MUNODAWAFA, D., BOWER, D. A., WEBB, A. A. (1993)	Enfermeiros do Zimbabwe sentem mais o dever de tratar que os americanos	Enfermeiros	EUA e Zimbabwe
SHAPIRO, M. F. et al. (1992)	Americanos evitariam mais cuidar de homossexuais masculinos, de pacientes HIV/AIDS e de usuários de drogas que os canadenses e estes, que os franceses	Médicos residentes	EUA, França e Canadá
Drogas			
BERNSTEIN, C. A., RABKIN, J. G., WOLLAND, H. (1990)	Usuários produzem mais atitudes negativas que homossexuais masculinos	Estudantes de Medicina e Odontologia	EUA
BOND, S. et al. (1991)	As atitudes em relação a usuários e a homossexuais masculinos são semelhantes	Enfermeiros	Inglaterra
BREAULT, A. J., POLIFRONI, E. C. (1992)	Usuários produzem mais atitudes negativas (tanto quanto prostitutas), são maus pacientes, não têm responsabilidade social	Enfermeiros	EUA
COLE, F. L., SLOCUMB, E. M. (1993)	Usuários produzem mais atitudes negativas que homossexuais masculinos, contaminados por sexo com mulheres ou por transfusão de sangue	Enfermeiros	EUA
FICARROTTO, T. J. et al. (1990)	Usuários produzem mais atitudes negativas	Estudantes de Medicina e Enfermagem	EUA
FORRESTER, D. A., MURPHY, P. (1992)	Usuários produzem mais atitudes negativas	Enfermeiros	EUA

ANEXO A
ALGUNS TRABALHOS CITADOS POR HORSMAN E SHEERAN
(1995), SEGUNDO FONTE, CONTEÚDO RELACIONADO AOS
RESULTADOS, SUJEITOS E PAÍS DE REALIZAÇÃO

(continuação)

FONTE	RESULTADOS	SUJEITOS	PAÍS
Drogas			
GERBERT, B. et al. (1991)	Usuários produzem mais atitudes negativas	Médicos	EUA
HAYWARD, R. A., SHAPIRO, M. F. (1991)	Usuários produzem mais atitudes negativas que homossexuais masculinos (com ou sem HIV/AIDS)	Médicos residentes	EUA
KLIMES, I. (1991), citando King (1989)	Usuários produzem mais atitudes negativas que outros grupos	Médicos	Inglaterra
PLANT, M. L., FOSTER, J. (1993)	Usuários produzem mais atitudes negativas que homossexuais masculinos, bissexuais masculinos, hemofílicos ou prostitutas (estas, apenas para os sujeitos masculinos)	Enfermeiros	Escócia
REUTTER, L. I., NORTHCOTT, H. C. (1993)	Usuários são maus pacientes	Enfermeiros	Canadá
SHAPIRO, M. F. et al. (1992)	Usuários produzem mais atitudes negativas (com ou sem HIV/AIDS)	Médicos residentes	EUA, Canadá e França
TIERNEY, A. J. et al. (1990)	As atitudes em relação a usuários e a homossexuais masculinos são semelhantes	Enfermeiros	Escócia
Educação			
BARRICK, B. (1988)	Nível de educação em Enfermagem não afeta atitudes	Enfermeiros	EUA
FORRESTER, D. A., MURPHY, P. (1992)	Nível de educação acadêmica superior não afeta atitudes	Enfermeiros	EUA
HENRY, K., CAMPBELL, S., WILLENBRING, K. (1990)	Nível de educação formal não afeta atitudes, ansiedade ou comportamento	Profissionais	EUA

ANEXO A
ALGUNS TRABALHOS CITADOS POR HORSMAN E SHEERAN
(1995), SEGUNDO FONTE, CONTEÚDO RELACIONADO AOS
RESULTADOS, SUJEITOS E PAÍS DE REALIZAÇÃO

(continuação)

FONTE	RESULTADOS	SUJEITOS	PAÍS
Educação			
HENRY, K., CAMPBELL, S., WILLENBRING, K. (1990)	Trabalhar em programa específico de AIDS produz mais atitudes positivas, mas não reduz ansiedade	Profissionais	EUA
KRASNIK, A. et al. (1990)	Menor nível de educação em Enfermagem produz mais atitudes negativas	Médicos e enfermeiros vários graus	Dinamarca
KRASNIK, A. et al. (1990)	Treinamento específico em AIDS não influencia atitudes, mas reduz ansiedade	Médicos e enfermeiros vários graus	Dinamarca
Gênero			
BARRICK, B. (1988)	Homens têm mais atitudes positivas	Enfermeiros	EUA
BERNSTEIN, C. A., RABKIN, J. G., WOLLAND, H. (1990)	Mulheres têm mais atitudes positivas	Estudantes de Medicina e de Odontologia	EUA
DOUGLAS, C. J., KALMAN, C. M., KALMAN, T. P. (1985)	Homens têm mais atitudes positivas	Médicos e enfermeiros	EUA
HENRY, K., CAMPBELL, S., WILLENBRING, K. (1990)	Homens têm mais atitudes positivas	Profissionais	EUA
KRASNIK, A. et al. (1990)	Mulheres têm mais atitudes positivas	Médicos e enfermeiros vários graus	Dinamarca
PLANT, M. L., FOSTER, J. (1993)	Mulheres têm mais atitudes negativas em relação a prostitutas que a usuários de drogas injetáveis	Enfermeiros	Escócia
PLANT, M. L., FOSTER, J. (1993)	Mulheres têm mais atitudes positivas	Enfermeiros	Escócia
RAE, D., BROWN, Y., CALDER, B. (1992)	Homens têm mais atitudes positivas	Enfermeiros	Canadá

ANEXO A
ALGUNS TRABALHOS CITADOS POR HORSMAN E SHEERAN
(1995), SEGUNDO FONTE, CONTEÚDO RELACIONADO AOS
RESULTADOS, SUJEITOS E PAÍS DE REALIZAÇÃO

(continuação)

FONTE	RESULTADOS	SUJEITOS	PAÍS
Gênero			
ROBBINS, I., COOPER, A., BENDER, M. P. (1992)	Gênero não interfere nas atitudes	Enfermeiros e estudantes de Psicologia	Inglaterra
SCHERER, Y. K., WU, Y. W., HAUGHEY, B. P. (1991)	Gênero não interfere nas atitudes	Enfermeiros	EUA
SHAPIRO, J. A. (1989)	Homens têm mais atitudes positivas	Médicos	Reino Unido
Homossexualidade			
BARRICK, B. (1988)	Há forte correlação entre homofobia e atitudes negativas sobre AIDS	Enfermeiros	EUA
BREAULT, A. J., POLIFRONI, E. C. (1992)	Homossexuais são bons pacientes, são socialmente responsáveis	Enfermeiros	EUA
COLE, F. L., SLOCUMB, E. M. (1993)	Homossexuais produzem mais atitudes negativas que contaminados por transfusão ou por sexo com mulheres	Enfermeiros	EUA
D'AUGELLI, A. (1989)	Contato social com homossexuais ou com AIDS produz mais atitudes positivas sobre AIDS ou homossexualidade	Enfermeiros	EUA
D'AUGELLI, A. (1989)	Houve aumento das atitudes negativas sobre homossexualidade após a AIDS	Enfermeiros	EUA
DOUGLAS, C. J., KALMAN, C. M., KALMAN, T. P. (1985)	Contato social com homossexuais ou com AIDS produz mais atitudes positivas sobre AIDS ou homossexualidade	Médicos e enfermeiros	EUA

ANEXO A
ALGUNS TRABALHOS CITADOS POR HORSMAN E SHEERAN
(1995), SEGUNDO FONTE, CONTEÚDO RELACIONADO AOS
RESULTADOS, SUJEITOS E PAÍS DE REALIZAÇÃO

(continuação)

FONTE	RESULTADOS	SUJEITOS	PAÍS
Homossexualidade			
DOUGLAS, C. J., KALMAN, C. M., KALMAN, T. P. (1985)	Houve aumento das atitudes negativas sobre homossexualidade após a AIDS	Médicos e enfermeiros	EUA
FELDMAN, T. B. et al. (1990)	Houve aumento das atitudes negativas sobre homossexualidade após a AIDS	Professores e estudantes de Medicina	EUA
FORRESTER, D. A., MURPHY, P. (1992)	Não é relevante se o paciente é homossexual	Enfermeiros	EUA
GALLOP, R. et al. (1991)	Homossexuais têm os mesmos direitos de todos os pacientes	Enfermeiros	Canadá
GERBERT, B. et al. (1991)	Homossexuais produzem mais atitudes negativas, independentemente de AIDS	Médicos	EUA
HENRY, K., CAMPBELL, S., WILLENBRING, K. (1990)	Contato social com homossexuais ou com AIDS produz mais atitudes positivas sobre AIDS ou homossexualidade	Profissionais	EUA
HENRY, K., CAMPBELL, S., WILLENBRING, K. (1990)	Homossexuais têm mais atitudes positivas sobre AIDS	Profissionais	EUA
HUNTER, C., ROSS, M. (1991), citando Ross (1988)	Há forte correlação entre homofobia e atitudes negativas sobre AIDS	Estudantes de Enfermagem e Terapia Ocupacional e profissionais	Austrália
KELLY, J. A. et al. (1987a)	Homossexuais produzem mais atitudes negativas, independentemente da doença	Estudantes de Medicina	EUA

ANEXO A
ALGUNS TRABALHOS CITADOS POR HORSMAN E SHEERAN
(1995), SEGUNDO FONTE, CONTEÚDO RELACIONADO AOS
RESULTADOS, SUJEITOS E PAÍS DE REALIZAÇÃO

(continuação)

FONTE	RESULTADOS	SUJEITOS	PAÍS
Homossexualidade			
KELLY, J. A. et al. (1988)	Homossexuais produzem mais atitudes negativas, independentemente da doença	Enfermeiros	EUA
KRASNIK, A. et al. (1990)	Contato social com homossexuais ou com AIDS produz mais atitudes positivas sobre AIDS ou homossexualidade	Médicos e enfermeiros vários graus	Dinamarca
MAJ, M. (1991), citando McKusick e Horstman (1986)	Médicos homossexuais trabalhando com HIV/AIDS sofrem mais estresse	Médicos	EUA
MARKS, G. et al. (1988)	Há forte correlação entre homofobia e atitudes negativas sobre AIDS	Médicos	EUA
O'DONNELL, L. et al. (1987)	Houve aumento das atitudes negativas sobre homossexualidade após a AIDS	Profissionais	—
REUTTER, L. I., NORTHCOTT, H. C. (1993)	Homossexuais são bons pacientes, são socialmente responsáveis	Enfermeiros	Canadá
SCHERER, Y. K., WU, Y. W., HAUGHEY, B. P. (1991)	Houve aumento das atitudes negativas sobre homossexualidade após a AIDS	Enfermeiros	EUA
VAN SERVELLEN, G. M., LEWIS, C. E., LEAK, B. (1988)	Homossexuais masculinos produzem mais atitudes negativas	Enfermeiros	EUA
WALLACK, J. J. (1989)	Homossexuais produzem mais atitudes negativas	Médicos e enfermeiros	EUA
Idade			
BENNETT, L., MICHIE, P., KIPPAX, S. (1991)	Mais velhos têm menor risco de estresse trabalhando com AIDS	Enfermeiros	Austrália

ANEXO A
ALGUNS TRABALHOS CITADOS POR HORSMAN E SHEERAN
(1995), SEGUNDO FONTE, CONTEÚDO RELACIONADO AOS
RESULTADOS, SUJEITOS E PAÍS DE REALIZAÇÃO

(continuação)

FONTE	RESULTADOS	SUJEITOS	PAÍS
Idade			
DOUGLAS, C. J., KALMAN, C. M., KALMAN, T. P. (1985)	Idade não afeta atitudes	Médicos e enfermeiros	EUA
FORRESTER, D. A., MURPHY, P. (1992)	Idade não afeta atitudes	Enfermeiros	EUA
GALLOP, R. et al. (1991)	Mais jovens têm mais atitudes positivas para AIDS e homossexuais masculinos	Enfermeiros	Canadá
GORDIN, F. et al. (1987)	Mais jovens têm mais atitudes positivas para AIDS ou homossexuais masculinos	Profissionais	EUA
JEMMOTT, L. S., JEMMOTT, J. B. 3, CRUZ-COLLINS, M. (1992)	Idade não afeta atitudes	Estudantes de Enfermagem	EUA
KLIMES, I. et al. (1989)	Mais velhos têm mais atitudes positivas e mais conhecimento	Médicos e enfermeiros	Reino Unido
KRASNIK, A. et al. (1990)	Mais jovens têm mais atitudes positivas para AIDS ou homossexuais masculinos	Médicos e enfermeiros vários graus	Dinamarca
LESTER, L. B., BEARD, B. J. (1988)	Mais jovens têm mais filhos pequenos	Estudantes de Enfermagem	EUA
LESTER, L. B., BEARD, B. J. (1988)	Mais velhos têm mais atitudes positivas	Estudantes de Enfermagem	EUA
MARKS, G. et al. (1988)	Mais jovens têm mais atitudes positivas para AIDS e homossexuais masculinos	Médicos	EUA
PLECK, J. et al. (1988)	Mais jovens têm mais atitudes positivas para AIDS e homossexuais masculinos	Profissionais	EUA

ANEXO A
ALGUNS TRABALHOS CITADOS POR HORSMAN E SHEERAN
(1995), SEGUNDO FONTE, CONTEÚDO RELACIONADO AOS
RESULTADOS, SUJEITOS E PAÍS DE REALIZAÇÃO

(continuação)

FONTE	RESULTADOS	SUJEITOS	PAÍS
Idade			
SCHERER, Y. K., WU, Y. W., HAUGHEY, B. P. (1991)	Mais jovens têm mais atitudes positivas para AIDS e homossexuais masculinos	Enfermeiros	EUA
SHAPIRO, J. A. (1989)	Mais jovens têm mais atitudes positivas para AIDS e homossexuais masculinos	Médicos	Reino Unido
STOROSUM, J. G. et al. (1991)	Mais velhos exercem mais papéis de supervisão, com menor risco de exposição	Médicos e enfermeiros	Holanda
Outros significantes			
ALDERMAN, C. (1991), citando British Social Attitudes Survey	42% das pessoas identificam médicos e enfermeiros como grupo de risco para AIDS	População geral	Inglaterra
BREault, A. J., POLIFRONI, E. C. (1992)	Sujeitos acreditam que amigos e familiares se preocupam pelo fato de trabalharem com AIDS	Enfermeiros	EUA
GALLOP, R. M., et al. (1991)	Ter filhos pequenos é associado ao medo de contágio	Profissionais	Canadá
NASHMAN, H. W., HOARE, C. H., HEDDESHEIMER, J. C. (1990)	O suporte de familiares e amigos é essencial para profissionais que trabalham com AIDS	Profissionais	EUA
REED, P., WISE, T. N., MANN, L. S. (1984)	Sujeitos acreditam que amigos e familiares se preocupam pelo fato de trabalharem com AIDS	Enfermeiros	EUA
SCHERER, Y. et al. (1992)	Sujeitos acreditam que amigos e familiares se preocupam pelo fato de trabalharem com AIDS	Enfermeiros	EUA

ANEXO A
ALGUNS TRABALHOS CITADOS POR HORSMAN E SHEERAN
(1995), SEGUNDO FONTE, CONTEÚDO RELACIONADO AOS
RESULTADOS, SUJEITOS E PAÍS DE REALIZAÇÃO

(continuação)

FONTE	RESULTADOS	SUJEITOS	PAÍS
Outros significantes			
SMYSER, M. S., BRYCE, J., JOSEPH, J. G. (1990)	A preocupação de familiares e amigos é fator de estresse para o profissional	Profissionais	EUA
VAN WISSEN, K. A., SIEBERS, R. W. (1993)	Sujeitos acreditam que amigos e familiares se preocupam pelo fato de trabalharem com AIDS	Enfermeiros	Nova Zelândia
Perspectiva			
ALDERMAN, C. (1991), citando British Social Attitudes Survey	Atitudes negativas sobre AIDS e sobre homossexualidade estão declinando	População geral	Inglaterra
Raça			
CARTER, E., WARNEY, S. (1989)	Americanos brancos com AIDS vivem três ou quatro vezes mais que americanas negras com AIDS	—	EUA
Religião			
DOUGLAS, C. J., KALMAN, C. M., KALMAN, T. P. (1985)	Católicos apresentam mais atitudes negativas que judeus	Médicos e enfermeiros	EUA
HENRY, K., CAMPBELL, S., WILLENBRING, K. (1990)	Não filiação religiosa produz mais atitudes positivas sobre AIDS ou homossexualidade	Profissionais	EUA
NASHMAN, H. W., HOARE, C. H., HEDDESHEIMER, J. C. (1990)	Religião/crença espiritual é importante para controlar o estresse	Profissionais	EUA
SCHERER, Y. K., WU, Y. W., HAUGHEY, B. P. (1991)	Não filiação religiosa produz mais atitudes positivas sobre AIDS ou homossexualidade	Enfermeiros	EUA
SCHERER, Y. K., WU, Y. W., HAUGHEY, B. P. (1991), citando Smith (1981)	Batistas apresentam mais atitudes negativas que praticantes de outras religiões	Enfermeiros	EUA

ANEXO A
ALGUNS TRABALHOS CITADOS POR HORSMAN E SHEERAN
(1995), SEGUNDO FONTE, CONTEÚDO RELACIONADO AOS
RESULTADOS, SUJEITOS E PAÍS DE REALIZAÇÃO

(continuação)

FONTE	RESULTADOS	SUJEITOS	PAÍS
Sexualidade			
BOEKELOO, B. O. et al. (1993)	Aconselham pouco sobre comportamento sexual de risco	Médicos ginecologistas e obstetras	EUA
COVERDALE, J. H. et al. (1990)	Sentem mais desconforto para discutir sexualidade do que para discutir uso de drogas injetáveis - 1/3	Médicos	EUA
FERGUSON, K. J., STAPLETON, J. T., HELMS, C. M. (1991)	Formados após 1981 têm recebido mais treinamento formal sobre sexualidade humana	Médicos	EUA
FERGUSON, K. J., STAPLETON, J. T., HELMS, C. M. (1991)	Sentem mais desconforto para discutir sexualidade do que para discutir uso de drogas injetáveis	Médicos	EUA
GEMSON, D. H. et al. (1991)	Não aconselham sobre comportamento sexual de risco - 2/3	Médicos	EUA
GEMSON, D. H. et al. (1991)	Colhem história sexual inadequada - 2/3	Médicos	EUA
MERRILL, J. M., LAUX, L. F., THORNBY, J. I. (1990)	Sentem embaraço para colher história sexual -1/2	Estudantes de Medicina	EUA
MILNE, R. I., KEEN, S. M. (1988)	Sentem embaraço para colher história sexual (1/4)	Médicos	Inglaterra
Sexualidade feminina			
BREAUULT, A. J., POLIFRONI, E. C. (1992)	Prostitutas produzem tanto atitudes negativas quanto usuários de drogas injetáveis	Enfermeiros	EUA
HANCOCK, C. (1991)	Mulheres com HIV/AIDS são vistas como usuárias de drogas injetáveis, promíscuas ou prostitutas	Enfermeiros	—
HOGAN, A. J. et al. (1991)	Mulheres com HIV/AIDS recebem menos cuidados (medical services) que homens	Pessoas com HIV/AIDS	EUA

ANEXO A
ALGUNS TRABALHOS CITADOS POR HORSMAN E SHEERAN
(1995), SEGUNDO FONTE, CONTEÚDO RELACIONADO AOS
RESULTADOS, SUJEITOS E PAÍS DE REALIZAÇÃO

(conclusão)			
FONTE	RESULTADOS	SUJEITOS	PAÍS
Sexualidade feminina			
PLANT, M. L., FOSTER, J. (1993)	Mulheres têm mais atitudes negativas em relação a prostitutas que a usuários de drogas injetáveis	Enfermeiros	Escócia

Fonte: HORSMAN, J. M., SHEERAN, P. Health care workers and HIV/AIDS: a critical review of the literature. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 11, p. 1535-67, 1995.

Nota: Sinal convencional utilizado:
 — Dado não disponível.

ANEXO B – O INSTRUMENTO

(continua)

Este questionário é um instrumento de pesquisa para verificar o que pensam os estudantes de Medicina sobre AIDS. Os participantes não serão identificados. É importante que as pessoas sejam muito sinceras: não existem respostas certas nem erradas, apenas a visão individual de cada um. Por favor, informe seus dados pessoais e escreva, na primeira coluna ao lado de cada uma das 54 frases, se você concorda ou não com a mesma, usando a convenção abaixo. Responda também à pergunta que se encontra no final do questionário.

(1) Concorda muito	(2) Concorda	(3) Não concorda nem discorda	(4) Discorda	(5) Discorda muito
Dados pessoais do participante				
Sexo () M () F Idade (anos completos) _____ Tem religião () Sim () Não				
1. Controlar a epidemia de AIDS é mais importante do que tentar proteger os direitos das pessoas aidéticas.				
2. Apoiar grupos de pessoas com AIDS seria de grande ajuda para elas.				
3. Eu casaria com alguém que tivesse AIDS.				
4. Eu pediria demissão de meu trabalho para não ter de trabalhar com uma pessoa com AIDS.				
5. As pessoas não deveriam ter medo de pegar AIDS em contatos casuais, como abraços e apertos de mão.				
6. Eu gostaria de ficar tranquilo perto de pessoas com AIDS.				
7. Pessoas que recebessem resultado positivo no exame de AIDS não deveriam ter permissão para casar.				
8. Eu preferiria não ficar perto de homossexuais por medo de contrair AIDS.				
9. Estar perto de uma pessoa com AIDS não colocaria minha saúde em risco.				
10. Apenas pessoas desprezíveis contraem AIDS.				
11. Acho que as pessoas com AIDS têm o que merecem.				
12. Pessoas com AIDS não deveriam se afastar das outras pessoas.				
13. As pessoas deveriam evitar ir ao dentista porque podem pegar AIDS através dos instrumentos odontológicos.				
14. A idéia de estar perto de alguém com AIDS não me incomoda.				
15. Pessoas com AIDS não deveriam ser proibidas de trabalhar em locais públicos.				
16. Eu não iria querer estar na mesma sala com alguém que eu soubesse que tem AIDS.				
17. “Praga dos homossexuais” é uma maneira apropriada para descrever a AIDS.				
18. Pessoas que transmitem AIDS para outras deveriam ser criminalmente punidas.				
19. As pessoas não deveriam ter medo de doar sangue por causa da AIDS.				
20. Uma lista das pessoas com AIDS deveria estar disponível para o conhecimento de todos.				
21. Eu namoraria com alguém que tivesse AIDS.				
22. As pessoas não deveriam culpar os homossexuais pela epidemia de AIDS.				
23. Ninguém merece ter uma doença como a AIDS.				
24. Não me importaria de assistir aulas com alguém que tivesse AIDS.				
25. Um patrão deveria ter o direito de despedir um empregado que tivesse AIDS, independentemente do tipo de trabalho que ele ou ela faça.				
26. Eu permitiria que meus filhos brincassem com os filhos de alguém que tivesse AIDS.				

ANEXO B – O INSTRUMENTO

(conclusão)

(1) Concorda muito	(2) Concorda	(3) Não concorda nem discorda	(4) Discorda	(5) Discorda muito
27. As pessoas contraem AIDS fazendo sexo anormal.				
28. Pessoas com AIDS não deveriam ser olhadas com superioridade pelas outras.				
29. Apenas de olhar para alguém, eu poderia dizer se ele ou ela tem AIDS.				
30. É constrangedor que haja tantas pessoas com AIDS em nossa sociedade.				
31. Profissionais de saúde não deveriam se recusar a tratar pessoas com AIDS, não importa quais sejam seus sentimentos pessoais sobre a AIDS.				
32. Crianças com AIDS não deveriam ser proibidas de ir a escolas ou a creches.				
33. Crianças com AIDS provavelmente têm algum dos pais homossexual.				
34. Os resultados dos exames de AIDS deveriam ser confidenciais, para evitar discriminações contra as pessoas com soro positivo.				
35. A AIDS é uma punição por comportamento imoral.				
36. Eu não teria medo de tomar conta de um familiar com AIDS.				
37. Eu não moraria na mesma casa com uma pessoa que tivesse AIDS.				
38. Se eu tivesse condições financeiras, daria dinheiro para um projeto de pesquisa sobre AIDS.				
39. A melhor maneira de se livrar da AIDS é livrar-se do homossexualismo.				
40. As igrejas deveriam tomar uma posição forte contra o abuso de drogas e o homossexualismo, para prevenir a propagação da AIDS.				
41. As companhias de seguro não deveriam poder cancelar apólices por causas relacionadas à AIDS.				
42. O dinheiro que tem sido gasto em pesquisa sobre a AIDS deveria ser usado para controlar doenças que afetam gente inocente.				
43. Uma pessoa que transmite AIDS para outra deveria ser legalmente responsável por todas as despesas médicas.				
44. A propagação da AIDS prova que o comportamento homossexual deveria ser considerado ilegal.				
45. O Governo deveria ter uma lista das pessoas com AIDS.				
46. Eu não teria dificuldades para discutir AIDS com outras pessoas.				
47. Não vale a pena conhecer pessoas com AIDS.				
48. Não tenho simpatia por homossexuais com AIDS.				
49. Pais que transmitem AIDS a seus filhos deveriam ser processados				
50. Pessoas com AIDS deveriam ser mandadas para isolamento em hospitais, para proteger os outros da doença.				
51. As pessoas não teriam tanto medo da AIDS se soubessem mais sobre a doença.				
52. Hospitais e casas de saúde não deveriam recusar-se a admitir pacientes com AIDS.				
53. Eu não evitaria um amigo se ele ou ela tivesse AIDS.				
54. A propagação da AIDS em nossa sociedade mostra o crescimento da imoralidade em nosso país.				

Conhece pessoalmente alguém com HIV/AIDS ?

Sim, no grupo familiar	()	Sim, em outras situações	()
Sim, no grupo de amigos	()		
Sim, no grupo de conhecidos	()		
Sim, na prática de atividades ligadas ao curso .	()	Não conhece.....	()

ANEXO C
TESTES DE SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS
GERAIS

(continua)

TESTE t PARA AVALIAR DIFERENÇAS DE MÉDIA DA IDADE PARA OS
 GRUPOS CONSIDERADOS, POR INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO
 NO CURSO

Grupos	Teste t¹	p-valor
EMESCAM X UFES	0,093	0,926
EMESCAM 1 X UFES 1	-0,064	0,949
EMESCAM 6 X UFES 12	0,376	0,708
INÍCIO X FIM	-10,724	0,000 ***
EMESCAM 1 X EMESCAM 6	-8,499	0,000 ***
UFES 1 X UFES 12	-8,253	0,000 ***

¹ Teste de hipóteses t para amostras independentes foi usado para comparar as médias de dois grupos independentes. Testou-se *a priori* se as variâncias dos dois grupos eram iguais, com o teste não paramétrico de Levene. No caso das variâncias serem diferentes, utilizou-se uma modificação do teste t.

CHI QUADRADO PARA AVALIAR DIFERENÇAS ENTRE TER RELIGIÃO E
 NÃO TER, PARA OS GRUPOS CONSIDERADOS, POR INSTITUIÇÃO E
 PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO

Grupos	Chi quadrado¹	p-valor
EMESCAM X UFES	4,56	0,022 ² *
EMESCAM 1 X UFES 1	0,11	1,000 ²
EMESCAM 6 X UFES 12	5,59	0,002 ² **
INÍCIO X FIM	0,01	0,905
EMESCAM 1 X EMESCAM 6	1,00	0,195 ²
UFES 1 X UFES 12	1,59	0,184 ²

¹ Correção de Yates.

² Fisher.

ANEXO C

TESTES DE SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS GERAIS

(continuação)

CHI QUADRADO PARA AVALIAR DIFERENÇAS ENTRE CONHECER ALGUÉM COM HIV/AIDS E NÃO CONHECER, PARA OS GRUPOS CONSIDERADOS, POR INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO

Grupos	Chi quadrado ¹	p-valor
EMESCAM X UFES	0,00	0,949
EMESCAM 1 X UFES 1	0,51	0,504 ²
EMESCAM 6 X UFES 12	1,18	0,285 ²
INÍCIO X FIM	77,22	0,000 ***
EMESCAM 1 X EMESCAM 6	49,22	0,000 ***
UFES 1 X UFES 12	26,60	0,000 ***

¹ Correção de Yates.² Fisher.

CHI QUADRADO PARA AVALIAR DIFERENÇAS ENTRE CONHECER ALGUÉM COM HIV/AIDS NA PRÁTICA DE ATIVIDADES LIGADAS AO CURSO E CONHECER DE OUTRAS FORMAS, PARA OS GRUPOS CONSIDERADOS, POR INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO

Grupos	Chi quadrado ¹	p-valor
EMESCAM X UFES	0,03	0,862
EMESCAM 1 X UFES 1	1,25	1,000 ²
EMESCAM 6 X UFES 12	0,09	0,765
INÍCIO X FIM	18,47	0,000 ***
EMESCAM 1 X EMESCAM 6	15,62	0,000 ***
UFES 1 X UFES 12	1,06	0,156 ²

¹ Correção de Yates.² Fisher.

ANEXO C
TESTES DE SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS
GERAIS

(continuação)

TESTE t PARA AVALIAR DIFERENÇAS DE MÉDIA DO ESCORE PARA OS
 GRUPOS CONSIDERADOS, POR INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO
 NO CURSO

Grupos	Teste t ¹	p-valor
EMESCAM X UFES	2,626	0,009 **
EMESCAM 1 X UFES 1	-0,156	0,877
EMESCAM 6 X UFES 12	3,656	0,000 ***
INÍCIO X FIM	-0,469 ²	0,639
EMESCAM 1 X EMESCAM 6	0,920	0,359
UFES 1 X UFES 12	-2,753	0,009 **

¹ Teste de hipóteses t para amostras independentes foi usado para comparar as médias de dois grupos independentes. Testou-se *a priori* se as variâncias dos dois grupos eram iguais, com o teste não paramétrico de Levene. No caso das variâncias serem diferentes, utilizou-se uma modificação do teste t.

² Teste t modificado.

TESTE DE MANN-WHITNEY PARA AVALIAR DIFERENÇAS DE MÉDIA DO
 ESCORE, EM FUNÇÃO DE TER RELIGIÃO E DE NÃO TER, PARA OS
 GRUPOS CONSIDERADOS, POR INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO
 NO CURSO

Grupos	Teste de Mann-Whitney	p-valor
EMESCAM	209,500	0,191
EMESCAM 1	60,000	0,096
EMESCAM 6	32,000	0,920
UFES	87,500	0,518
UFES 1	2,000	0,193
UFES 12	27,500	0,300
TOTAL	745,500	0,350

ANEXO C
TESTES DE SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS
GERAIS

(conclusão)

TESTE DE MANN-WHITNEY PARA AVALIAR DIFERENÇAS DE MÉDIA DO ESCORE, EM FUNÇÃO DE CONHECER ALGUÉM COM HIV/AIDS E DE NÃO CONHECER, PARA OS GRUPOS CONSIDERADOS, POR INSTITUIÇÃO E PERÍODO DE INSERÇÃO NO CURSO

Grupos	Teste de Mann-Whitney	p-valor
EMESCAM	2168,500	0,869
EMESCAM 1	304,500	0,652
EMESCAM 6	318,000	0,704
UFES	123,500	0,025 *
UFES 1	17,500	0,950
UFES 12	10,000	1,000
TOTAL	3345,000	0,198

ANEXO D

RESULTADOS SEGUNDO GÊNERO, NO INÍCIO DO CURSO

(continua)

DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS NO INÍCIO DO CURSO, POR INSTITUIÇÃO E SEXO

Instituição	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	Nº.	Percentual	Nº.	Percentual	Nº.	Percentual
EMESCAM	42	65,6	22	34,4	64	100,0
UFES	07	35,0	13	65,0	20	100,0
Total	49	58,3	35	41,7	84	100,0

IDADE DOS SUJEITOS NO INÍCIO DO CURSO, POR INSTITUIÇÃO E SEXO

Instituição e sexo	Idade mínima (em anos)	Idade máxima (em anos)	Idade mediana (em anos)	Idade média (em anos)	Desvio padrão
EMESCAM	17	50	19	19,3	4,1
Feminino	17	23	19	18,7	1,3
Masculino	17	50	19	20,5	6,7
UFES	17	29	19	19,3	2,6
Feminino	17	19	18	18,3	0,8
Masculino	17	29	19	19,8	3,1
Total	17	50	19	19,3	3,8
Feminino	17	23	19	18,7	1,2
Masculino	17	50	19	20,2	5,6

TESTE t PARA AVALIAR DIFERENÇAS DE MÉDIA DA IDADE DOS SUJEITOS NO INÍCIO DO CURSO, PARA OS GRUPOS CONSIDERADOS, POR INSTITUIÇÃO E SEXO

Grupos	Teste t ³	p-valor
EMESCAM fem ¹ X EMESCAM masc ²	1,207 ⁴	0,240
UFES fem ¹ X UFES masc ²	1,237	0,232
EMESCAM fem ¹ X UFES fem ¹	-0,873	0,387
EMESCAM masc ² X UFES masc ²	-0,346	0,732
Feminino X masculino	1,611 ⁴	0,116

¹ Sexo feminino.

² Sexo masculino.

³ Teste de hipóteses t para amostras independentes foi usado para comparar as médias de dois grupos independentes. Testou-se *a priori* se as variâncias dos dois grupos eram iguais, com o teste não paramétrico de Levene. No caso das variâncias serem diferentes, utilizou-se uma modificação do teste t.

⁴ Teste t modificado.

ANEXO D

RESULTADOS SEGUNDO GÊNERO, NO INÍCIO DO CURSO

(continuação)

DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS NO INÍCIO DO CURSO, EM FUNÇÃO DE RELIGIÃO, POR INSTITUIÇÃO E SEXO

Instituição e sexo	Tem religião	Percentual	Não tem religião	Percentual
EMESCAM	60	93,8	4	6,3
Feminino	39	92,9	3	7,1
Masculino	21	95,5	1	4,5
UFES	19	95,0	1	5,0
Feminino	7	100,0	-	-
Masculino	12	92,3	1	7,7
Total	79	94,0	5	6,0
Feminino	46	93,9	3	6,1
Masculino	33	94,3	2	5,7

Nota: Sinal convencional utilizado:

- dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

CHI QUADRADO PARA AVALIAR DIFERENÇAS ENTRE TER RELIGIÃO E NÃO TER, DOS SUJEITOS NO INÍCIO DO CURSO, PARA OS GRUPOS CONSIDERADOS, POR INSTITUIÇÃO E SEXO

Grupos	Chi quadrado ³	p-valor
EMESCAM fem ¹ X EMESCAM masc ²	0,10	1,000 ⁴
UFES fem ¹ X UFES masc ²	0,02	1,000 ⁴
EMESCAM fem ¹ X UFES fem ¹	0,01	1,000 ⁴
EMESCAM masc ² X UFES masc ²	0,13	1,000 ⁴
Feminino X masculino	0,15	1,000 ⁴

¹ Sexo feminino.

² Sexo masculino.

³ Correção de Yates.

⁴ Fisher.

ANEXO D

RESULTADOS SEGUNDO GÊNERO, NO INÍCIO DO CURSO

(continuação)

DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS NO INÍCIO DO CURSO, EM FUNÇÃO DE CONHECER ALGUÉM COM HIV/AIDS, POR INSTITUIÇÃO E SEXO

Instituição e sexo	Conhece	Percentual	Não conhece	Percentual
EMESCAM	13	20,3	51	79,7
Feminino	7	16,7	35	83,3
Masculino	6	27,3	16	72,7
UFES	2	10,0	18	90,0
Feminino	-	-	7	100,0
Masculino	2	15,4	11	84,6
Total	15	17,9	69	82,1
Feminino	7	14,3	42	85,7
Masculino	8	22,9	27	77,1

Nota: Sinal convencional utilizado:

- dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

CHI QUADRADO PARA AVALIAR DIFERENÇAS ENTRE CONHECER ALGUÉM COM HIV/AIDS E NÃO CONHECER, DOS SUJEITOS NO INÍCIO DO CURSO, PARA OS GRUPOS CONSIDERADOS, POR INSTITUIÇÃO E SEXO

Grupos	Chi quadrado ³	p-valor
EMESCAM fem ¹ X EMESCAM masc ²	0,10	0,521 ⁴
UFES fem ¹ X UFES masc ²	0,46	0,343 ⁴
EMESCAM fem ¹ X UFES fem ¹	0,34	0,573 ⁴
EMESCAM masc ² X UFES masc ²	0,15	0,680 ⁴
Feminino X masculino	0,52	0,470

¹ Sexo feminino.

² Sexo masculino.

³ Correção de Yates.

⁴ Fisher.

ANEXO D

RESULTADOS SEGUNDO GÊNERO, NO INÍCIO DO CURSO

(continuação)

DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS NO INÍCIO DO CURSO QUE INFORMARAM
CONHECER ALGUÉM COM HIV/AIDS, EM FUNÇÃO DA PROXIMIDADE
COM O PORTADOR CONHECIDO, POR INSTITUIÇÃO E SEXO

Instituição e sexo	No grupo familiar		No grupo de amigos		No grupo de conhecidos		Na prática de atividades ligadas ao curso	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
EMESCAM	2	15,4	-	-	10	76,9	1	7,7
Feminino	1	14,3	-	-	6	85,7	-	-
Masculino	1	16,7	-	-	4	66,7	1	16,7
UFES	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-
Feminino	-	-	-	-	-	-	-	-
Masculino	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-
Total	3	20,0	1	6,7	10	66,7	1	6,7
Feminino	1	14,3	-	-	6	85,7	-	-
Masculino	2	25,0	1	12,5	5	50,0	1	12,5

Nota: Sinal convencional utilizado:

- dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

TESTE t PARA AVALIAR DIFERENÇAS DE MÉDIA DO ESCORE DOS
SUJEITOS NO INÍCIO DO CURSO, PARA OS GRUPOS CONSIDERADOS,
POR INSTITUIÇÃO E SEXO

Grupos	Teste t ³	p-valor
EMESCAM fem ¹ X EMESCAM masc ²	-1,861 ⁴	0,072
UFES fem ¹ X UFES masc ²	-0,484	0,634
EMESCAM fem ¹ X UFES fem ¹	-0,134	0,894
EMESCAM masc ² X UFES masc ²	0,532	0,598
Feminino X masculino	-1,908 ⁴	0,061

¹ Sexo feminino.

² Sexo masculino.

³ Teste de hipóteses t para amostras independentes foi usado para comparar as médias de dois grupos independentes. Testou-se *a priori* se as variâncias dos dois grupos eram iguais, com o teste não paramétrico de Levene. No caso das variâncias serem diferentes, utilizou-se uma modificação do teste t.

⁴ Teste t modificado.

ANEXO D

RESULTADOS SEGUNDO GÊNERO, NO INÍCIO DO CURSO

(continuação)

ESCORE NO INÍCIO DO CURSO, EM FUNÇÃO DE RELIGIÃO, POR INSTITUIÇÃO E SEXO

Instituição e sexo	Tem religião					Não tem religião				
	Mín 1	Máx 2	Md 3	Méd 4	DP 5	Mín 1	Máx 2	Md 3	Méd 4	DP 5
EMESCAM	59,7	97,7	77,8	77,0	7,4	64,9	78,2	70,8	71,2	5,7
Feminino	67,1	97,7	78,2	78,6	6,0	64,9	78,2	69,0	70,7	6,8
Masculino	59,7	88,9	71,3	74,2	9,0	72,7	72,7	72,7	72,7	-
UFES	60,6	93,5	74,1	76,9	8,3	65,7	65,7	65,7	65,7	-
Feminino	64,4	93,5	74,1	77,6	9,9	..	..	..	..	..
Masculino	60,6	89,4	76,4	76,5	7,7	65,7	65,7	65,7	65,7	0,0
Total	59,7	97,7	77,8	77,0	7,6	64,9	78,2	69,0	70,1	5,5
Feminino	64,4	97,7	78,2	78,4	6,6	64,9	78,2	69,0	70,7	6,8
Masculino	59,7	89,4	74,1	75,0	8,5	65,7	72,7	69,2	69,2	4,9

Nota: Sinais convencionais utilizados:

- dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento;
- .. não se aplica dado numérico.

¹ Escore mínimo.

² Escore máximo.

³ Escore mediano.

⁴ Escore médio.

⁵ Desvio padrão.

TESTE DE MANN-WHITNEY PARA AVALIAR DIFERENÇAS DE MÉDIA DO ESCORE DOS SUJEITOS NO INÍCIO DO CURSO, EM FUNÇÃO DE TER RELIGIÃO E DE NÃO TER, PARA OS GRUPOS CONSIDERADOS, POR INSTITUIÇÃO E SEXO

Grupos	Teste de Mann-Whitney	p-valor
EMESCAM feminino	20,000	0,060
EMESCAM masculino	10,000	0,937
UFES feminino	¹ ..	¹ ..
UFES masculino	1,000	0,181
Feminino	26,000	0,073
Masculino	18,000	0,286

Nota: Sinal convencional utilizado:

- .. Não se aplica dado numérico.

¹ Não foi possível calcular, pois havia valor igual a 0.

ANEXO D

RESULTADOS SEGUNDO GÊNERO, NO INÍCIO DO CURSO

(conclusão)

ESCORE NO INÍCIO DO CURSO, EM FUNÇÃO DE CONHECER ALGUÉM COM HIV/AIDS, POR INSTITUIÇÃO E SEXO

Instituição e sexo	Conhece					Não conhece				
	Mín 1	Máx 2	Md 3	Méd 4	DP 5	Mín 1	Máx 2	Md 3	Méd 4	DP 5
EMESCAM	66,2	91,2	77,3	77,8	6,9	59,7	97,7	77,8	76,4	7,6
Feminino	70,8	91,2	77,8	79,0	6,6	64,9	97,7	78,2	77,8	6,3
Masculino	66,2	88,0	75,9	76,4	7,6	59,7	88,9	70,1	73,2	9,3
UFES	73,1	80,6	76,9	76,9	5,2	60,6	93,5	74,1	76,3	8,9
Feminino	..	..	..	..	..	64,4	93,5	74,1	77,6	9,9
Masculino	73,1	80,6	76,9	76,9	5,2	60,6	89,4	74,1	75,5	8,6
Total	66,2	91,2	77,3	77,7	6,6	59,7	97,7	76,4	76,4	7,9
Feminino	70,8	91,2	77,8	79,0	6,6	64,4	97,7	78,2	77,8	6,9
Masculino	66,2	88,0	75,9	76,5	6,7	59,7	89,4	72,7	74,1	8,9

Nota: Sinal convencional utilizado:

.. Não se aplica dado numérico.

¹ Escore mínimo.² Escore máximo.³ Escore mediano.⁴ Escore médio.⁵ Desvio padrão.

TESTE DE MANN-WHITNEY PARA AVALIAR DIFERENÇAS DE MÉDIA DO ESCORE DOS SUJEITOS NO INÍCIO DO CURSO, EM FUNÇÃO DE CONHECER ALGUÉM COM HIV/AIDS E DE NÃO CONHECER, PARA OS GRUPOS CONSIDERADOS, POR INSTITUIÇÃO E SEXO

Grupos	Teste de Mann-Whitney	p-valor
EMESCAM feminino	116,000	0,826
EMESCAM masculino	36,000	0,376
UFES feminino	.. ¹	.. ¹
UFES masculino	10,500	0,921
Feminino	139,000	0,819
Masculino	88,500	0,443

Nota: Sinal convencional utilizado:

.. Não se aplica dado numérico.

¹ Não foi possível calcular, pois havia valor igual a 0.

ANEXO E

A CONCORRÊNCIA NOS VESTIBULARES

RELAÇÃO CANDIDATO-VAGA NO CURSO DE MEDICINA NA EMESCAM E NOS CINCO CURSOS MAIS CONCORRIDOS NA UFES – 1996-2000

CURSO	1996	1997	1998	1999	2000	2001
EMESCAM ¹						
Medicina	17,4	17,9	16,8	16,8	16,4	19,0
UFES ²						
Direito	20,8	18,0	21,8	20,1	23,7	22,1
Farmácia	14,4	24,6	13,0	24,5	19,2	21,9
Matemática	3,3	3,2	16,7	9,0	14,1	11,4
Medicina	24,0	21,6	32,7	32,5	36,1	35,4
Medicina Veterinária	-	-	-	15,2	12,7	19,7
Música – Licenciatura	-	-	-	-	19,6	5,8
Oceanografia	-	-	-	-	20,8	9,2
Odontologia	20,0	19,3	20,2	18,1	16,3	15,1
Psicologia	14,9	14,7	14,7	18,0	20,3	20,4

Fontes:

¹ ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA (diretoria@emescam.br). **Relação candidato-vaga nos vestibulares de medicina** : 1996-2000. E-mail para FRAUCHES, D. O. [mensagem capturada em 02 abr. 2001].

² UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. **Dados vestibular UFES: relação candidato/vaga nos últimos cinco anos** [online]. 2001. Disponível: <http://www.ufes.br/~ccv/> [capturado em 02 abr. 2001].