

Sandra Garcia¹

Mitti Ayako Hara Koyama^{II}

Grupo de Estudos em
População, Sexualidade e Aids*

Estigma, discriminação e HIV/ Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005

Stigma, discrimination and HIV/ AIDS in the Brazilian context, 1998 and 2005

RESUMO

OBJETIVO: Identificar a prevalência de atitudes discriminatórias em dois momentos da epidemia brasileira de HIV/Aids e possíveis mudanças ocorridas.

MÉTODOS: O Índice de Intenção de Discriminação foi obtido por pontuação, somando 1 para situações de discriminação ou 0, para o caso contrário. As faixas de intenção de discriminação foram estabelecidas por meio da técnica de cluster, compatibilizadas entre os estudos de 1998 e 2005. Para verificar associação entre o índice e as variáveis sociodemográficas, utilizou-se comparações de médias, teste qui-quadrado, e modelos ajustados de regressão logito ordenado.

RESULTADOS: Houve redução estatisticamente significativa na proporção de pessoas entre as pesquisas de 1998 e 2005 que responderam sim à obrigatoriedade do teste anti-HIV para: a admissão no emprego, antes do casamento, ingresso nas forças armadas, usuários de drogas, entrada de estrangeiros no país, profissionais do sexo e para todas as pessoas. Possuir menor escolaridade, ser do sexo feminino, ter acima de 45 anos e residir na região Norte/Nordeste são fatores associados ao maior nível de intenção de discriminação.

CONCLUSÕES: O crescimento da intenção de discriminação mostra que as informações sobre formas de transmissão e não transmissão da Aids ainda necessitam de melhor elaboração e divulgação, principalmente entre as populações de menor escolaridade, residentes nos estados do Norte/Nordeste, do sexo feminino e pertencentes à faixa etária acima de 45 anos.

DESCRITORES: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Estigma. Preconceito. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Estudos Populacionais em Saúde. Brasil. Estudos transversais. Brasil.

¹ Área de População e Sociedade. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. São Paulo, SP, Brasil

* Integrantes: Elza Berquó, Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos, Ivan França Junior, Regina Barbosa, Sandra Garcia, Vera Paiva, Wilton Bussab.

Correspondência | Correspondence:
Sandra Garcia
CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
R. Morgado de Mateus, 615
04015-902 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: sandragarcia@cebrap.org.br

Recebido: 19/9/2007
Revisado: 13/2/2008
Aprovado: 5/3/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify discriminatory attitudes in two moments of the Brazilian HIV/AIDS epidemic, as well as the occurrence of possible changes.

METHODS: The Intention of Discrimination Index was obtained by scoring 1 for discriminatory situations or 0, when the opposite was the case. Intention of discrimination ranges were established by means of the clustering technique, and made compatible between the 1998 and 2005 surveys. Mean comparisons, chi-square test and ordered logit adjusted regression models were used to verify association between the index and socio-demographic variables.

RESULTS: Between the 1998 and 2005 surveys, there was a statistically significant reduction in the proportion of people who answered “yes” to anti-HIV test’s being mandatory in the following cases: admission for employment, before getting married, when joining the military service, drug users, foreigners entering the country, sex professionals, and for all the people. To have lower level of education, to be female, to live in the North/Northeast regions of Brazil, and to be aged over 45 years are factors associated with higher intention of discrimination level.

CONCLUSIONS: The growth of intention of discrimination shows that information about ways of AIDS transmission and non-transmission still needs to be better planned and promoted, especially among populations that have lower level of education, live in the North/Northeast regions, are female and aged over 45 years.

DESCRIPTORS: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Stigma. Prejudice. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Population Studies in Public Health. Brazil. Cross-sectional studies. Brazil.

INTRODUÇÃO

O estigma e a discriminação associados ao HIV/Aids podem reduzir/dificultar a procura pela realização do teste, devido ao receio do resultado, bem como a busca de tratamento adequado nos serviços de saúde após a condição sorológica positiva revelada.⁸⁻¹⁰

No Brasil, os inquéritos populacionais têm permitido avaliar algumas das opiniões discriminatórias em relação ao HIV e a magnitude desse problema.

As definições de uso comum de estigma^a expressam de certa forma a força dos significados que têm sido atribuídos ao estigma em relação às pessoas afetadas pela epidemia da HIV/Aids.

Ao longo da história, outras doenças têm sido estigmatizadas, tais como a peste negra no século XIV e o cólera no século XIX. Entretanto, a natureza da epidemia da Aids, sua dinâmica, abrangência, características específicas e questões morais envolvidas

impõem desafios para o campo do conhecimento e da intervenção, exigindo respostas rápidas e adequadas de impacto efetivo no desenho de estratégias de combate ao estigma e suas conseqüências.

Segundo Mann (1987), citado por Parker & Agleton,^b o estigma e a discriminação caracterizam a terceira fase da epidemia da Aids e se constituem em “uma questão tão central para a Aids global quanto à doença em si”. A estigmatização da Aids acompanhou o surgimento dos primeiros casos da doença na década de 80, pela sua associação a grupos populacionais específicos mais afetados em seu início (homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas e trabalhadoras do sexo), e pela sua associação com doença fatal e aterrorizante, imagem esta construída com o apoio da mídia. A despeito de campanhas públicas de esclarecimento sobre formas de transmissão do HIV e da revelação por figuras públicas sobre sua condição soropositiva,

^a O Dicionário Aurélio descreve a palavra estigma da seguinte forma: Estigma: s.m. 1. Cicatriz, marca, sinal; fig. Marca infamante, vergonhosa; labéu.

^b Parker R, Agleton P. Estigma, discriminação e AIDS, Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2001. (Coleção ABIA, Cidadania e Direitos, 1).

o estigma do HIV/Aids permanece de distintas formas, mundialmente.^{7,10,a,b}

Mesmo reconhecendo o estigma como marcador de diferenças individuais e sociais, não se trata de atributo fixo, mas de uma construção social e cultural, portanto histórica e mutável, e que estabelece relações de desvalorização do outro. Dessa forma, insere-se em contextos e processos socialmente construídos.^a

Muitas das conseqüências perversas da estigmatização de pessoas e/ou grupos específicos envolvem a discriminação nos espaços públicos e instituições privadas, gerando hostilidade, segregação, exclusão e/ou auto-exclusão daqueles que têm sua condição sorológica revelada. Embora o estigma e a epidemia sejam de abrangência mundial, há formas específicas e contextualizadas de manifestações discriminatórias, de natureza individual ou coletiva.^{1-3,6,10,11,a} Em alguns contextos essa discriminação se expressa por meio de leis que tratam da testagem compulsória para populações específicas, os chamados grupos de risco. Em outras situações, há leis que pretendem limitar o trânsito de pessoas soropositivas mediante a aplicação de leis migratórias.^a Medidas coercitivas adotadas por alguns países, como a notificação compulsória por parte dos infectados, afetam diretamente o grau de vulnerabilidade dessas pessoas, contribuindo para reforçar ainda mais o estigma e a discriminação.

O estigma da Aids se superpõe a estigmas pré-existentes associados a diferentes grupos sociais como homossexuais, trabalhadoras do sexo e usuários de drogas, evocando múltiplos significados. Esses conceitos e imagens pré-concebidas fazem parte da matriz cultural e social que constrói diferenças, cria hierarquias e legítima estruturas de desigualdades sociais. Os estigmas pré-existentes estabelecem associação da Aids com homossexualidade, prostituição e desvio sexual, marcadores ainda atuantes no processo de estigmatização.^a

Alguns estudos^{1,11} têm indicado que, independentemente das diferenças quanto às populações afetadas, subgrupos ou a população em geral, há pouca diferença nas formas como o estigma se manifesta. Neste sentido, constata-se a universalização do estigma e da discriminação em diferentes contextos socioeconômicos e culturais.

Ao analisar o que pensam os brasileiros sobre a convivência com portadores do HIV, a obrigatoriedade do teste para grupos populacionais específicos e a obrigatoriedade do aborto para mulheres grávidas soropositivas, abre-se a possibilidade de explorar o grau

de intenção de discriminação aos portadores nas duas pesquisas referidas.

O objetivo do presente artigo foi identificar a prevalência de atitudes discriminatórias em dois momentos da epidemia brasileira de HIV/Aids e possíveis mudanças ocorridas.

MÉTODOS

Os dados analisados referem-se aos achados da pesquisa “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira Sobre HIV/Aids”, realizada em 2005,^c e cotejados com pesquisa similar realizada em 1998.^d O levantamento de 1998^d cobriu 24 estados brasileiros (exceto Tocantins e Roraima) e o Distrito Federal, totalizando amostra de 3.600 pessoas que responderam a um questionário de 204 perguntas.

Em 2005 foi realizado o segundo levantamento. Foram estabelecidos quatro estratos geográficos, correspondendo a agrupamento de estados, por regiões: Norte e Nordeste; Centro-Oeste e Sudeste, exceto São Paulo; Sul; e estado de São Paulo. A população-alvo da pesquisa consistiu de todos os moradores, com idade entre 16 e 65 anos, de áreas urbanas das microrregiões que em 2000 possuíam mais de 100.000 habitantes em sua zona urbana.

Utilizou-se amostragem estratificada em múltiplos estágios, cuja metodologia encontra-se descrita em (Bussab & GEPSAIDS⁴ 2007). O tamanho da amostra foi definido em 5.040 entrevistas, com 1.260 domicílios sorteados em cada um dos quatro grandes estratos regionais. Para cada indivíduo sorteado no domicílio aplicou-se um questionário contendo 237 perguntas distribuídas em 13 blocos. Foram aplicadas 13 questões abordando comportamentos associados ao preconceito e à discriminação pelo HIV/Aids.

Para o presente artigo, foram realizadas análises descritivas simples por meio de medidas-resumo para variáveis numéricas e freqüências para variáveis categóricas. Comparações das distribuições das variáveis categóricas entre anos foram realizadas pelo teste qui-quadrado, levando-se em consideração a estrutura complexa do plano amostral. Em seguida, foi proposto um escore de discriminação pelos itens da Tabela 1, cuja consistência foi avaliada por meio do alfa de Cronbach. A construção do índice de intenção de discriminação (IID) consistiu em atribuir pontuação 1 para as respostas consideradas discriminatórias e 0 para as não discriminatórias. Os indivíduos que responderam “Não sabe” ou recusas, foram excluídos do estudo.

^a Cogan J, Herek G. Stigma. In: The body: the complete HIV/Aids resource. 1998. Disponível em: <http://www.thebody.com/encyclo/stigma.html> [Acesso em: 11/11/2007].

^b Parker R, Agleton P. Estigma, discriminação e AIDS. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2001 (Coleção ABIA, Cidadania e Direitos, 1).

^c Pesquisa coordenada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) e Ministério da Saúde.

^d Berquó E, coordenador. In: Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional DST e Aids; 2000 (Série avaliação, 4).

Foram considerados como discriminatórias as respostas “Sim” ou “Concordo totalmente/concordo em parte” nas questões 1 a 11. Para as questões 12 a 13 foram consideradas discriminatórias as respostas “Não” ou “Discorda em parte/discorda totalmente”.

Para medir a confiabilidade desse escore foram calculados os valores de alfa de Cronbach para 1998 e 2005 para os 13 itens, resultando em 0,458 e 0,585, respectivamente, para os anos de 1998 e 2005. As análises revelaram nove itens com níveis de confiabilidade aceitáveis (0,748 em 1998 e 0,808 em 2005). Assim, o índice de intenção de discriminação foi composto desses nove itens referentes à obrigatoriedade do teste anti-HIV (1 a 9). Os itens 10 a 13, que não compuseram o índice, foram analisados à parte. O IID pode variar de zero a nove pontos.

Posteriormente, foram gerados grupos homogêneos de IID pela análise de *cluster* juntando-se os dois períodos de análise. Esse procedimento agregado a uma análise sobre ganhos na homogeneidade interna, com o incremento do número de classes (redução na soma de quadrados dentro dos grupos), o que determinou seis grupos finais. O algoritmo utilizado para a geração dos grupos foi o *k-means*. Os grupos 1 a 6 correspondem, respectivamente, aos respondentes cujos valores de IID foram: de 0 a 1 ponto (grupo de menor IID); 2 a 3 pontos; 4 pontos; 5 pontos; 6 a 7 pontos; e 8 a 9 pontos (grupo de maior IID).

Para estabelecer associações entre esses grupos e as variáveis independentes utilizou-se o modelo logito ordenado,¹² que corresponde a uma generalização da regressão logística para respostas politômicas ordinais. Foram ajustados modelos logito ordenado, para cada ano, para verificar associações com as diversas variáveis independentes.

Segundo Wooldridge¹²(2002), o logito ordenado permite a construção de um modelo no qual cada indivíduo, conforme o seu nível de preconceito (variável latente), passa a se classificar em um dos grupos de intenção de discriminação (resultante da análise de cluster) e cuja probabilidade depende de seu perfil sociodemográfico ou itens relacionados ao HIV. Em cada modelo de logito ordenado, além dos coeficientes estimados, foram apresentados os limiares de discriminação. Os limiares $t_1 < t_2 < \dots < t_s$, definem na escala da variável latente os limites das faixas das classes de nível de discriminação para o grupo basal. Assim, um indivíduo do grupo basal com nível de discriminação menor que t_1 é classificado como pertencente ao grupo 1, de menor discriminação. Por outro lado, aquele com nível acima do limiar t_s tenderia a estar classificado no grupo de maior intenção de discriminação. Para os grupos que não formam a classe basal, os limiares foram ajustados de acordo com o seu perfil.

O método adotado para a seleção de variáveis no modelo foi o *backward*, que consiste em incorporar inicialmente todas as variáveis independentes, eliminando a cada passo as variáveis não significantes ao nível de 5%. Porém, as variáveis sexo e raça foram mantidas no modelo como variáveis de controle, independentemente das significâncias obtidas. Os modelos foram construídos de forma independente para cada ano.

Os modelos foram ajustados com a utilização do *software* estatístico Stata, com base nas informações da estrutura do plano amostral. Para os testes estatísticos foi considerado um nível de significância de 5%.

O projeto da pesquisa “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira Sobre HIV/Aids” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS

Observa-se na Tabela 2 uma redução estatisticamente significativa no percentual de pessoas que, entre 1998 e 2005, responderam “sim” à obrigatoriedade do teste da Aids para: admissão no emprego, antes do casamento, entrada no exército/forças armadas, usuários de drogas, entrada de estrangeiros no país e profissionais do sexo. Por outro lado, não foram encontradas mudanças no padrão de respostas entre 1998 e 2005 para situações como: antes de internação em hospitais e de mulheres grávidas. Verificou-se alto nível de concordância nos dois períodos (>90%) quanto à obrigatoriedade do teste envolvendo profissionais do sexo, usuários de drogas e mulheres grávidas.

Em relação à concordância quanto ao item “mulheres grávidas deveriam fazer o aborto”, foi observada redução de 45,2% em 1998 para 21,9% em 2005.

A Tabela 3 apresenta as médias do índice de intenção de discriminação, destacando-se a tendência de redução desse escore no ano de 2005 em relação a 1998.

Nas Tabelas 4 e 5 são apresentadas as médias do IID segundo as variáveis sociodemográficas e itens do questionário: testagem alguma vez na vida; contato próximo com pessoas vivendo com HIV e Aids e aborto.

Pode-se observar na Tabela 4 queda nas médias dos índices entre 1998 e 2005, exceto entre os separados/divorciados, viúvos e pessoas que não sabem ler nem escrever.

Na edição da pesquisa em 1998, não havia diferenças entre as médias do índice de intenção de discriminação independentemente de ter religião ou qual o tipo. Diferentemente, nos achados da pesquisa 2005 os pentecostais apresentaram médias superiores à dos praticantes de outra religião ou daqueles sem religião (Tabela 4). No que se refere à escolaridade, tanto em 1998 como em 2005 foram observados uma queda gradativa nos escores médios de IID.

Com relação ao estado conjugal em 1998, apenas os solteiros apresentaram padrões distintos dos demais com a menor média de IID. Em 2005, os viúvos apresentaram as maiores médias de IID, seguidos pelos separados/divorciados, casados/unidos/moram juntos, e menores valores entre os solteiros.

Analisando-se o escore por faixa etária, observou-se em 1998 que o grupo etário 16-34 apresentou médias de IID inferiores ao grupo etário 35 anos e mais. Em 2005, os indivíduos na faixa etária 16-24 anos apresentaram médias inferiores às de outras faixas etárias, que apresentaram padrões similares.

Em 1998, as pessoas das regiões Norte/Nordeste apresentaram médias de IID superiores às pessoas que residiam no Sul. Em 2005, verificou-se situação semelhante entre essas duas regiões além de ser observada diferença entre São Paulo e região Norte/Nordeste.

Na Tabela 5 são apresentadas as médias do IID relacionadas às perguntas: “Você já fez teste para o HIV na sua

vida?” e “Você conhece/conheceu pessoalmente alguém que tenha o vírus da Aids?” e à situação hipotética apresentada aos respondentes homens: “Se sua esposa ou a mulher que vive com você estivesse grávida e os testes apontassem que ela tem o vírus da Aids, qual das seguintes atitudes você a aconselharia tomar?” e a questão “Você concorda que as mulheres grávidas com vírus da Aids deveriam fazer o aborto?”

Com relação às respostas aos itens “Você já fez teste para o HIV na sua vida” e “Você conhece/ conheceu pessoalmente alguém que tenha o vírus da Aids?”, apresentados na Tabela 5, observa-se redução nas médias do escore de IID entre os dois períodos de análise tanto para as respostas “Sim” como “Não”.

Pode-se verificar que as pessoas que declararam em 2005 ter realizado o teste anti-HIV alguma vez na vida apresentaram média de índice de intenção de discriminação menor do que a daqueles que nunca fizeram o teste. Em 1998, não foram detectadas diferenças entre estes dois grupos.

Tabela 1. Variáveis dependentes comparáveis entre 1998 e 2005.

Variável	2005	1998
Você acha que o teste de Aids deveria ser obrigatório		
D1 para admissão no emprego?	Sim	Concorda totalmente/concordo em parte
	Não	Discorda em parte/discorda totalmente
D2 antes do casamento?	Sim	Concorda totalmente/concordo em parte
	Não	Discorda em parte/discorda totalmente
D3 antes de internações em hospitais?	Sim	Concorda totalmente/concordo em parte
	Não	Discorda em parte/discorda totalmente
D4 para as mulheres grávidas?	Sim	Concorda totalmente/concordo em parte
	Não	Discorda em parte/discorda totalmente
D5 para entrar nas Forças Armadas?	Sim	Concorda totalmente/concordo em parte
	Não	Discorda em parte/discorda totalmente
D6 para usuários de drogas?	Sim	Concorda totalmente/concordo em parte
	Não	Discorda em parte/discorda totalmente
D7 para os estrangeiros entrarem no país?	Sim	Concorda totalmente/concordo em parte
	Não	Discorda em parte/discorda totalmente
D8 para as prostitutas?	Sim	Concorda totalmente/concordo em parte
	Não	Discorda em parte/discorda totalmente
D9 para todas as pessoas?	Sim	Concorda totalmente/concordo em parte
	Não	Discorda em parte/discorda totalmente
D10 -Você acha que antes de fazer o teste da Aids numa pessoa, deveria ser obrigatório que ela autorizasse?	Sim	Idem
	Não	Idem
D11 -Você concorda que as mulheres grávidas com vírus da Aids deveriam fazer aborto?	Sim	Concorda totalmente/concordo em parte
	Não	Discorda em parte/discorda totalmente
D12-Você aceitaria que uma casa de apoio para doentes de Aids funcionasse ao lado da sua casa?	Sim	Idem
	Não	Idem
D13-Você aceitaria deixar seus filhos menores em companhia de uma pessoa que tem o vírus da Aids?	Sim	Idem
	Não	Idem

Tabela 2. Distribuição das variáveis dependentes. Brasil, 1998 e 2005.

Variável	1998		2005	
	n	%	n	%
1. O teste da Aids deveria ser obrigatório para admissão no emprego?				
Sim	2.171	65,9	2.835	57,3
Não	1.126	34,1	2.114	42,7
Total	3.296	100,0	4.949	100,0
Não sabe/Não respondeu	28		91	
Total	3.324	100,0	5.040	100,0
p*	<0,001			
2. O teste da Aids deveria ser obrigatório antes do casamento?				
Sim	3.013	91,5	4.009	79,5
Não	281	8,5	975	19,3
Total	3.294	100,0	4.983	98,9
Não sabe/Não respondeu	30		57	1,1
Total	3.324		5.040	100,0
p*	<0,001			
3. O teste da Aids deveria ser obrigatório antes de internação em hospitais				
Sim	2.824	85,4	4.077	82,1
Não	483	14,6	889	17,9
Total	3.307	100,0	4.967	100,0
Não sabe/Não respondeu	17		73	
Total	3.324		5.040	
p*	0,077			
4. O teste da Aids deveria ser obrigatório para mulheres grávidas?				
Sim	3.107	94,3	4.642	92,8
Não	186	5,7	361	7,2
Total	3.294	100,0	5.003	100,0
Não sabe/Não respondeu	30		37	
Total	3.324		5.040	
p*	0,092			
5. O teste da Aids deveria ser obrigatório para entrar no Exército/Forças Armadas?				
Sim	2.817	85,9	3.719	75,5
Não	462	14,1	1.210	24,5
Total	3.279	100,0	4.929	100,0
Não sabe/Não respondeu	45		111	
Total	3.324		5.040	
p*	<0,001			
6. O teste da Aids deveria ser obrigatório para usuários de drogas?				
Sim	3.167	95,8	4.632	92,9
Não	139	4,2	353	7,1
Total	3.307	100,0	4.984	100,0
Não sabe/Não respondeu	18		56	
Total	3.324		5.040	
p*	0,048			

Continua

Continuação Tabela 2

Variável	1998		2005	
	n	%	n	%
7. O teste da Aids deveria ser obrigatório para estrangeiros entrarem no País?				
Sim	2.918	87,8	3.933	78,0
Não	375	11,3	1.012	20,1
Total	3.293	99,1	4.945	98,1
Não sabe/Não respondeu	31	0,9	95	1,9
Total	3.324	100,0	5.040	100,0
p*	<0,001			
8. O teste da Aids deveria ser obrigatório para profissionais do sexo?				
Sim	3.240	97,8	4.768	95,3
Não	74	2,2	237	4,7
Total	3.314	100,0	5.005	100,0
Não sabe/Não respondeu	10		35	
Total	3.324		5.040	
p*	0,002			
9. O teste da Aids deveria ser obrigatório para todas as pessoas?				
Sim	2.749	83,8	3.246	65,0
Não	530	16,2	1.750	35,0
Total	3.278	100,0	4.996	100,0
Não sabe/Não respondeu	46		44	
Total	3.324		5.040	
p*	<0,001			
10. Antes de fazer o teste do HIV numa pessoa, deveria ser obrigatório que ela autorizasse ser testada?				
Sim	2.405	74,2	3.685	74,5
Não	836	25,8	1.261	25,5
Total	3.241	100,0	4.947	100,0
Não sabe/Não respondeu	83		93	
Total	3.324		5.040	
p*	0,885			
11. Você concorda que mulheres grávidas com o vírus da Aids deveriam fazer aborto?				
Sim	1.401	45,2	1.042	21,9
Não	1.702	54,8	3.713	78,1
Total	3.103	100,0	4.755	100,0
Não sabe/Não respondeu	222		285	
Total	3.324		5.040	
p*	<0,001			
12. Você deixaria seus filhos menores em companhia de uma pessoa que tem o vírus da Aids?				
Sim	1.128	37,2	1.760	36,8
Não	1.906	62,8	3.021	63,2
Total	3.034	100,0	4.781	100,0
Não sabe/Não respondeu	290		259	
Total	3.324		5.040	
p*	0,867			
13. Aceitaria que uma casa de apoio para doentes de Aids funcionasse ao lado da sua casa?				
Sim	2.294	71,9	3.707	75,6
Não	896	28,1	1.199	24,4
Total	3.190	100,0	4.905	100,0
Não sabe/Não respondeu	134		135	
Total	3.324		5.040	
p*	0,113			

* Nível descritivo do teste qui-quadrado – comparativo entre 1998 e 2005

Tabela 3. Média, erro-padrão, intervalo de confiança do índice de intenção de discriminação em relação às pessoas com HIV/Aids por ano. Brasil, 1998 e 2005.

Ano	Média	Erro-padrão	IC 95%	Casos (ponderados)	Casos (sem ponderação)
1998	7,9	0,08	7,8;8,1	3.194	3.167
2005	7,2	0,05	7,1;7,3	4.699	4.685
Total	7,5	0,05	7,4;7,6	7.893	7.852
p*	<0,0001				

* Nível descritivo do teste de comparação de médias entre 1998 e 2005

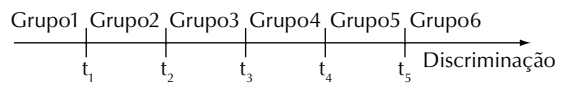
Em relação à pergunta “Você conhece/ conheceu pessoalmente alguém que tenha o vírus da Aids?”, em 1998, as pessoas que responderam positivamente apresentaram média inferior à das que responderam “não”. Entretanto, em 2005 não houve diferença entre os dois grupos.

Por outro lado, para a pergunta “Se você (ou sua esposa ou mulher) estivesse grávida e os testes apontassem que você (ela) tem o vírus da Aids, qual das seguintes atitudes você tomaria? (a aconselharia tomar?)” não foram detectadas diferenças nas médias entre 1998 e 2005 das seguintes respostas “Abortaria”, “Abortaria e faria laqueadura depois do parto” e “Consultaria um médico sobre fazer laqueadura”; nas demais respostas verificou-se queda da média do IID. Nesta mesma pergunta, ao serem agrupadas as respostas em “Decide” (Deixaria a gravidez continuar; Deixaria continuar e faria laqueadura depois do parto; Abortaria; Abortaria e faria laqueadura depois do aborto) e “Não Decide” (Consultaria médico para abortar ou laquear) não se observaram diferenças de nível de intenção tanto em 1998 como em 2005.

Pode-se verificar que em 1998 para a questão “Você concorda que as mulheres grávidas com vírus da Aids deveriam fazer aborto?” que a média de IID daqueles que responderam positivamente foi superior à daqueles que responderam “não”. Da mesma forma, em 2005, verificou-se que as pessoas que responderam “sim” apresentaram média de IID superior ao que responderam negativamente. Entretanto, observou-se queda no IID médio entre os dois períodos tanto para os que responderam “Sim” como aqueles que responderam negativamente.

Observou-se forte assimetria na distribuição do IID, sugerindo inadequação da utilização de um modelo de regressão linear para estabelecer associação entre o IID e as variáveis independentes, reforçado pelo fato deste score assumir apenas valores discretos no intervalo de 0 a 9.

Na Tabela 6 estão apresentados os resultados dos modelos logito ordenado ajustados para os anos de 1998 e 2005. Categorias de uma variável com coeficientes similares foram agrupadas para facilitar a interpretação e melhorar a precisão. As interpretações para cada variável foram realizadas mantendo-se as características das demais variáveis controladas.

**Figura.** Diagrama com os limiares do logito ordenado.

No modelo de 1998 foram verificadas associações com a faixa etária, escolaridade e região. Não foram encontradas associações estatisticamente significantes com relação à religião, estado conjugal, sexo e raça. Entretanto, as duas últimas variáveis foram mantidas no modelo como variáveis de controle.

As pessoas entre 35-44, 45-54 e 55-65 anos foram agrupadas numa única categoria (basal) por apresentarem padrões similares. Analogamente, as regiões Cento-Oeste/Sudeste, Sul e o estado de São Paulo foram agregados na mesma classe basal; enquanto que ensino médio e superior formaram o grupo basal para escolaridade. As categorias homem e raça/cor branca foram consideradas como classes basais para sexo e raça, respectivamente.

As pessoas mais jovens (até 34 anos) apresentaram menor intenção de discriminação que as pessoas acima de 35 anos, *ceteris paribus*. Em termos de chance, observa-se que as pessoas entre 16 e 19 anos tiveram chance 61% menor de intenção de discriminação que aquelas de outras faixas etárias.

Em termos de escolaridade, as pessoas que não sabiam ler e escrever ou possuíam até o ensino fundamental tendiam a apresentar intenção de discriminação mais elevada que as pessoas com nível maior de escolaridade, com uma chance 50% maior, mantidas as demais características controladas. Quanto à região, mantendo-se as demais variáveis controladas, as pessoas que residem no Norte/Nordeste tiveram maior intenção de discriminação do que as que residiam em outras regiões (chance 67% maior).

No modelo de 2005, as mulheres apresentam 66% chance maior que os homens de intenção de discriminação. Com relação à idade, quanto mais jovem, comparativamente às pessoas de 45 anos e mais, menor intenção de discriminação. Por outro lado, quanto

Tabela 4. Média, erro-padrão (EP), intervalo de confiança (IC) do índice de intenção de discriminação segundo variáveis sociodemográficas. Brasil, 1998 e 2005.

Variável	1998			2005			p*
	Média	EP	IC 95%	Média	EP	IC 95%	
Sexo							
Masculino	7,7	0,11	7,5;8,0	6,9	0,07	6,8;7,1	<0,0001
Feminino	8,1	0,09	7,9;8,3	7,5	0,06	7,4;7,6	<0,0001
p**	0,0130			<0,0001			
Estado conjugal							
Casado/unido/mora junto	8,1	0,07	7,9;8,2	7,4	0,06	7,3;7,5	<0,0001
Separado/divorciado	8,1	0,19	7,7;8,4	7,7	0,11	7,5;8,0	0,1472
Solteiro	7,6	0,16	7,3;7,9	6,8	0,08	6,7;7,0	<0,0001
Viúvo	8,4	0,12	8,1;8,6	8,2	0,12	8,0;8,4	0,2475
p**	0,0002			<0,0001			
Faixa etária (anos)							
16-19	7,7	0,14	7,4;7,9	6,8	0,11	6,6;7,0	<0,0001
20-24	7,7	0,16	7,4;8,0	6,7	0,11	6,5;6,9	<0,0001
25-34	7,7	0,13	7,4;7,9	7,2	0,08	7,0;7,3	0,0020
35-44	8,1	0,11	7,9;8,3	7,4	0,09	7,2;7,5	<0,0001
45-54	8,4	0,09	8,2;8,5	7,6	0,10	7,4;7,8	<0,0001
55-65	8,2	0,16	7,9;8,5	7,7	0,11	7,4;7,9	0,0045
p**	0,0203			<0,0001			
Escolaridade							
Não sabe ler nem escrever	8,4	0,11	8,2;8,6	8,0	0,16	7,7;8,4	0,0781
Ensino fundamental	8,0	0,09	7,8;8,2	7,7	0,06	7,6;7,8	0,0047
Ensino médio	7,8	0,12	7,5;8,0	7,1	0,06	7,0;7,2	<0,0001
Superior/Pós-graduação	7,5	0,16	7,1;7,8	5,9	0,11	5,7;6,2	<0,0001
p**	<0,0001			<0,0001			
Religião							
Católica romana	7,9	0,08	7,8;8,1	7,3	0,06	7,2;7,4	<0,0001
Protestantismo histórico	8,0	0,24	7,5;8,4	7,1	0,13	6,9;7,4	0,0022
Pentecostal	8,2	0,15	7,9;8,5	7,6	0,10	7,4;7,8	0,0004
Outros	7,8	0,19	7,4;8,2	6,8	0,15	6,5;7,1	0,0001
Nenhuma	7,4	0,35	6,7;8,1	6,6	0,15	6,3;6,9	0,0414
p**	0,1827			<0,0001			
Renda familiar (SM)							
até 1*	8,2	0,11	8,0;8,4	7,8	0,11	7,6;8,1	0,0106
Mais de 1 a 3	8,2	0,09	8,0;8,4	7,6	0,05	7,5;7,7	<0,0001
Mais de 3 a 5	7,9	0,16	7,6;8,2	7,3	0,08	7,1;7,4	0,0001
Mais de 5 a 10	7,7	0,15	7,4;8,0	6,8	0,10	6,6;7,0	<0,0001
Mais de 10	7,8	0,14	7,5;8,0	6,1	0,15	5,8;6,4	<0,0001
p**	0,0119			<0,0001			
Região							
Norte/Nordeste	8,1	0,09	8,0;8,3	7,5	0,09	7,3;7,7	<0,0001
Centro-Oeste/Sudeste	7,8	0,14	7,5;8,1	7,3	0,09	7,1;7,5	0,0033
Estado de São Paulo	8,0	0,18	7,7;8,3	7,0	0,10	6,8;7,2	<0,0001
Sul	7,6	0,11	7,4;7,8	7,0	0,09	6,8;7,2	<0,0001
p**	0,0010			<0,0001			
Raça							
Branca	7,9	0,08	7,8;8,1	7,1	0,07	6,9;7,2	<0,0001
Negra	7,9	0,09	7,7;8,1	7,4	0,06	7,3;7,5	<0,0001
p**	0,8241			<0,0001			

* Nível descritivo do teste de comparação de médias entre 1998 e 2005

** Nível descritivo do teste de comparação de médias no ano

SM: salário mínimo

menor a escolaridade, comparativamente àqueles com nível superior, maior a intenção de discriminação. No caso daqueles que não sabiam ler nem escrever, essa chance aumentou em mais de seis vezes em relação àqueles com nível superior.

Na região Norte/Nordeste a chance de apresentar maior intenção de discriminação em relação aos que residiam no Sul ou São Paulo foi de 46% maior e no Centro-Oeste/Sudeste essa chance foi 39% maior.

Verificou-se também que os separados/divorciados e viúvos, em relação às outras situações conjugais, apresentaram chance maior (36%) de intenção de discriminação. Finalmente, os que não possuíam religião tenderam a apresentar menor intenção do que as pessoas com algum tipo de religião (chance 27% menor).

Os itens não utilizados para compor o IID foram analisados separadamente. Não foi observada mudança de padrão entre 1998 e 2005 quanto às respostas aos itens: “Você acha que antes de fazer o teste da Aids numa pessoa, deveria ser obrigatório que ela autorizasse?”

($p=0,8847$), “Você aceitaria deixar seus filhos menores em companhia de uma pessoa que tem o vírus da Aids?” ($p=0,8673$) e “Você aceitaria que uma casa de apoio para doentes de Aids funcionasse ao lado da sua casa?” ($p=0,1134$).

Quanto ao item “Você concorda que as mulheres grávidas com vírus da Aids deveriam fazer aborto?” observou-se redução de respostas positivas de 45,2% (1998) para 21,9% (2005) ($p<0,0001$): em 1998 as respostas positivas foram superiores ($p=0,0038$) entre os homens (50,6%) do que entre mulheres (40,1%). Em 2005, as respostas positivas foram similares entre homens e mulheres ($p=0,5164$). Entre as pessoas que não sabiam ler nem escrever foram observadas as maiores percentagens de respostas positivas (59,5% em 1998, $p=0,0066$; 32,2% em 2005, $p=0,0024$) em relação às de pessoas das demais escolaridades, sugerindo o efeito da falta de conhecimento desse grupo sobre a existência de prevenção da transmissão vertical do HIV.

Tabela 5. Média, erro-padrão (EP), intervalo de confiança (IC) do índice de intenção de discriminação por variáveis questões relacionadas ao HIV. Brasil, 1998 e 2005.

Variável	1998			2005			p*
	Média	EP	IC 95%	Média	EP	IC 95%	
Você já fez teste para o HIV na sua vida?							
Sim	7,9	0,12	7,6;8,1	7,1	0,08	7,0;7,2	<0,0001
Não	7,9	0,09	7,7;8,1	7,3	0,05	7,2;7,4	<0,0001
p**	0,6804			0,0257			
Você conhece/conheceu pessoalmente alguém que tenha o vírus da Aids?							
Sim	7,8	0,11	7,5;8,0	7,3	0,06	7,1;7,4	<0,0001
Não	8,0	0,07	7,8;8,1	7,2	0,07	7,1;7,4	<0,0001
p**	0,0296			0,7438			
Se sua esposa ou a mulher que vive com você estivesse grávida e os testes apontassem que ela tem o vírus da Aids, qual das seguintes atitudes você a aconselharia tomar?							
Deixaria a gravidez continuar	7,7	0,17	7,4;8,0	7,0	0,08	6,9;7,2	0,0002
Deixaria continuar e faria laqueadura depois do parto	7,9	0,11	7,7;8,1	7,1	0,07	7,0;7,3	<0,0001
Abortaria	8,0	0,12	7,8;8,2	7,8	0,1	7,6;8,1	0,2762
Abortaria e faria laqueadura depois do aborto	7,9	0,25	7,4;8,3	7,6	0,17	7,3;8,0	0,497
Consultaria um médico sobre fazer aborto	8,2	0,12	7,9;8,4	7,4	0,13	7,1;7,7	<0,0001
Consultaria um médico sobre fazer laqueadura	8,1	0,19	7,7;8,5	7,7	0,11	7,5;7,9	0,0661
Outros				7,4	0,25	6,9;7,9	
p**	0,5478			0,4955			
Você concorda que as mulheres grávidas com vírus da Aids deveriam fazer aborto?***							
Sim	8,0	0,08	7,9;8,2	7,7	0,069	7,6;7,9	0,0017
Não	7,8	0,11	7,6;8,0	7,1	0,058	7,0;7,2	<0,0001
p**	0,0157			<0,0001			

* Nível descritivo do teste de comparação de médias entre 1998 e 2005

** Nível descritivo do teste de comparação de médias no ano

*** Esta questão foi analisada também como variável independente

Tabela 6. Coeficientes do modelo logito ordenado para 1998 e 2005.

Variável	1998					2005				
	Coeficiente	EP	t	p	OR	Coeficiente	EP	t	p	OR
Sexo										
Mulher	0,32	0,20	1,6	0,102	1,4	0,51	0,08	6,6	<0,0001	1,7
Homem	0,00	-	-	-	1,0	0,00	-	-	-	1,0
Faixa etária (anos)										
16-19	-0,94	0,26	-3,7	<0,0001	0,4	-0,76	0,13	-5,8	<0,0001	0,5
20-24	-0,72	0,20	-3,7	<0,0001	0,5	-0,70	0,13	-5,3	<0,0001	0,5
25-34	-0,95	0,21	-4,6	<0,0001	0,4	-0,37	0,11	-3,2	0,001	0,7
35-44	0,00	-	-	-	1,0	-0,27	0,12	-2,3	0,023	0,8
45 e mais	0,00	-	-	-	1,0	0,00	-	-	-	1,0
Nível de escolaridade										
Não sabe ler e escrever/fundamental	0,41	0,19	2,1	0,038	1,5	1,85	0,25	7,4	<0,0001	6,4
fundamental	0,00	-	-	-	1,0	1,48	0,11	14,0	<0,0001	4,4
Médio	0,00	-	-	-	1,0	1,05	0,10	10,2	<0,0001	2,9
Superior	0,00	-	-	-	1,0	0,00	-	-	-	1,0
Região										
Norte/Nordeste	0,51	0,16	3,1	0,002	1,7	0,38	0,11	3,4	0,001	1,5
Centro-Oeste/Sudeste	0,00	-	-	-	1,0	0,33	0,10	3,2	0,001	1,4
Demais	0,00	-	-	-	1,0	0,00	-	-	-	1,0
Raça/cor										
Negra	-0,28	0,16	-1,7	0,095	0,8	0,07	0,08	0,9	0,359	1,1
Branca	0,00	-	-	-	1,0	0,00	-	-	-	1,0
Estado conjugal										
Separado/divorciado ou viúvo	0,00	-	-	-	1,0	0,31	0,12	2,6	0,009	1,4
Demais	0,00	-	-	-	1,0	0,00	-	-	-	1,0
Religião										
Não possui religião (nenhuma)	0,00	-	-	-	1,0	-0,31	0,12	-2,6	0,011	0,7
Demais	0,00	-	-	-	1,0	0,00	-	-	-	1,0
Limiares										
t ¹	-5,0	0,63	-8,0	<0,0001		-2,5	0,18	-14,3	<0,0001	
t ²	-4,0	0,38	-10,7	<0,0001		-1,6	0,15	-10,5	<0,0001	
t ³	-3,3	0,35	-9,5	<0,0001		-1,0	0,14	-7,0	<0,0001	
t ⁴	-2,5	0,29	-8,7	<0,0001		-0,3	0,13	-2,3	0,0210	
t ⁵	-1,2	0,24	-5,0	<0,0001		1,0	0,13	7,1	<0,0001	

DISCUSSÃO

O presente estudo é o primeiro de base populacional nacional que documenta e relaciona opiniões de caráter discriminatório em relação aos portadores do HIV, fornecendo dados com implicações para as políticas públicas no combate ao estigma e à discriminação contra portadores do HIV, sintomáticos ou não.

Quanto à metodologia empregada, a construção do IID poderá servir de referência para demais pesquisas relativas ao tema estigma e discriminação. Para a construção desse indicador, testou-se inicialmente uma análise fatorial com correlação tetracórica. Contudo, o resultado não se mostrou adequado em termos de interpretabilidade. Além disso, optou-se pela construção de um indicador simples baseado em soma de pontuações

que permitisse comparar ações ao longo do tempo. Em análise fatorial, ou outra com equações estruturais, os pesos poderiam variar ao longo do tempo e algumas variáveis poderiam perder importância, afetando a comparabilidade entre períodos. Todavia, não foi possível estabelecer associação entre os níveis de intenção de discriminação e de conhecimento das pessoas sobre o mecanismo de transmissão do HIV.

Intervenções e ações no âmbito do Estado no período 1998-2005 podem ter tido impacto na redução da discriminação, no que se refere ao volume e qualidade de informações veiculadas, além da exposição na mídia de pessoas infectadas pelo vírus do HIV.

Apesar da redução do IID, a disseminação de informações sobre formas de transmissão (e não transmissão) da Aids ainda necessita de melhor elaboração e divulgação. Esse investimento deve ser substancialmente maior para as populações que apresentaram maior nível de intenção de discriminação: as de menor escolaridade, residentes nos estados do Norte/Nordeste e pertencentes à faixa etária acima de 45 anos. A comparação entre as pesquisas de 1998 e 2005 revelou percentual superior a 90%, nos dois períodos, tanto para mulheres grávidas como para profissionais do sexo e usuários de drogas, indicando elementos estigmatizantes demandando maior controle social desses grupos. Paradoxalmente, permaneceu alto o nível de concordância, sem alterações no período, na necessidade de autorização ou anuência da pessoa para a realização do teste anti-HIV.

O Programa Nacional DST/Aids tem investido no incentivo à testagem anti-HIV no pré-natal, no parto e acompanhamento de crianças expostas ao HIV. Nesse contexto, é possível afirmar que parte da redução significativa do percentual de respostas afirmativas em relação à pergunta “Você concorda que as mulheres grávidas com vírus da Aids deveriam fazer aborto?” esteja relacionada à divulgação de informações que tenham contribuído para modificar a maneira como as pessoas encaram a gravidez de mulheres soropositivas. Entretanto, o aborto é um tema controverso, com opositores políticos e religiosos em todas as esferas da sociedade. No presente artigo, não foi possível investigar em que medida opiniões contrárias ao aborto e conhecimento sobre a prevenção e tratamento da transmissão vertical se sobrepõem.

O aumento das médias do IID entre os evangélicos pentecostais não se relaciona ao tamanho da amostra, que foi controlada no modelo de regressão. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o percentual de evangélicos aumentou de 9% em 1991 para 15,4% em 2000. Parte da explicação para esse aumento se deve ao fortalecimento das lideranças político-re-

ligiosas por meio da participação na vida pública do país, seja na ocupação de cargos eletivos nas Câmaras Estaduais e Federais, seja pela aquisição de canais de televisão de expressão nacional. Esse fortalecimento respaldaria a exigência do alinhamento de seus fiéis às posições mais conservadoras, o que significa neste caso, demarcar territórios morais a partir dos quais o HIV e a Aids são percebidos e tratados como “o vírus e a doença dos que vivem em pecado”.

A investigação internacional “Espírito e Poder – análise dos pentecostais de 10 países”⁸ mostra – que 86% dos pentecostais afirmam ir ao culto semanalmente. Quando se trata de questões com forte conteúdo moral, como o aborto, os pentecostais brasileiros se destacam como os mais conservadores.

O medo de contrair HIV por meio do contato social com pessoas infectadas pelo vírus tem sido constantemente relatado em várias pesquisas. Ferreira & GEPSAIDS⁵ mostra a redução da proporção do total de pessoas que se mostraram bem informadas em relação ao contato social com portadores do HIV, cerca de 50% em 1998 e 40% em 2005. Contudo, o contingente de pessoas que acreditam que o contato social com pessoas infectadas pelo vírus apresenta risco de transmissão permanece alto, indicando a necessidade focalizar ações informativas que levem em conta contextos culturais e locais distintos.

Pesquisa conduzida na Zâmbia, Etiópia, Tanzânia e Vietnã¹¹ mostrou que, independentemente de suas diferenças contextuais e estruturais, o contato social com pessoas infectadas que não envolva troca de fluidos ainda causa medo de contágio. Mesmo considerando o alto grau de conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV (contato sexual, através do sangue e transmissão vertical) nesses países, persistem crenças sobre a transmissão, ou falta confiança nas informações sobre como o vírus não é transmitido.

O percentual de pessoas que aceitariam deixar os filhos em companhia de alguém com HIV permaneceu baixo. Da mesma forma não houve alteração significativa quanto ao percentual de concordância em aceitar o funcionamento de casa de apoio próximo à residência dos entrevistados. Isso pode indicar que a rejeição cresce na medida em que aumenta a possibilidade de proximidade, intimidade e interação com portadores do HIV. Tais situações evidenciam a desinformação (ou falta de confiança na informação obtida) em relação à exposição ao vírus pelo contato social e o forte estigma da doença reiteradamente aqui mencionado, os quais somados, reforçam o próprio estigma e geram isolamento e afastamento daqueles que vivem com o HIV e sua conseqüente discriminação.

⁸ Organização Pew Fórum nos seguintes países: EUA, Brasil, Chile, Guatemala, Quênia, Nigéria, África do Sul, Índia, Filipinas e Coreia do Sul. Disponível em: <http://www.folha.uol.com.br/folha/brasil>. [Acesso em 18/12/2007].

Em conclusão, as ações individuais refletem idéias e crenças que estão incorporadas nas estruturas econômicas e políticas que influenciam a vida em sociedade. É necessário engajamento social e responsabilidade para criar uma cultura mais compassiva, criativa e libertadora. Nesse sentido, responder aos desafios da epidemia e ao sofrimento das pessoas é, sobretudo, celebrar as diferenças, preservar direitos e desenvolver a capacidade de enfrentar os desafios colocados, com consciência e visão éticas.

Não há respostas simples para o enfrentamento e a eliminação do estigma e da discriminação, o que exige juntar esforços para a compreensão e no delineamento

de ações mais eficazes e de acordo com os contextos culturais específicos. É fundamental deixar de pensar sobre a Aids como a doença do outro. Assim como é imprescindível que o Estado implemente políticas que assegurem o acesso equitativo de homens e mulheres à prevenção, atenção e tratamento digno em todas as esferas públicas.

AGRADECIMENTOS

À Professora Elza Salvatori Berquó, coordenadora da Área de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, pelas sugestões.

REFERÊNCIAS

1. Brimlow D, Cook J, Seaton R, editors. Stigma and HIV/AIDS: a review of the literature. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2003.
2. Brown L, Trujillo L, Macintyre K. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? New York: The Population Council; 2001.
3. Burkholder G, Harlow L, Washkwich J. Social stigma, HIV/AIDS knowledge, and sexual risk. *J Applied Biobehav Res.* 1999;4(1):27-44.
4. Bussab W de O, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Plano amostral da Pesquisa Nacional sobre Comportamento Sexual e Percepções sobre HIV/Aids, 2005. *Rev Saude Publica.* 2008;42(Supl 1):12-20.
5. Ferreira MP, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. *Rev Saude Publica.* 2008;42(Supl 1):65-71.
6. Herek GM. The social construction of attitudes: functional consensus and divergence in the US public's reactions to AIDS. In: Maio GR, Olson JM, editors. Why we evaluate: functions of attitudes. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2000. p.325-64.
7. Herek GM, Capitanio JP. AIDS stigma and sexual prejudice. *Am Behav Sci.* 1999;42(7):1126-43.
8. Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF. HIV-Related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999. *Am J Public Health.* 2002;92(3):371-7.
9. Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF. Stigma, social risk, and health policy: Public attitudes toward HIV surveillance policies and the social construction of illness. *Health Psychol.* 2002;22(5):533-40.
10. Herek GM, Mitnick L, Burris S, Chesney M, Devine P, Fullilove MT, et al. AIDS and stigma: a conceptual framework and research agenda. *AIDS Public Policy J.* 1998;13(1):36-47.
11. Ogden J, Nyblade L. Common at its core: HIV-related stigma: across contexts. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2005.
12. Wooldridge JM. Econometric analysis of cross section and panel data. London: The MIT Press; 2002.

Artigo baseado em dados da pesquisa "Comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/Aids", realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), com o apoio do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde (Processo n.º ED 213427/2004).

Este artigo seguiu o mesmo processo de revisão por pares de qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, sendo garantido o anonimato entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudessem afetar o processo de julgamento dos artigos.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.