MARIA CRISTINA ANTUNES

**INFLUÊNCIAS DAS NORMAS DE GÊNERO NA
PREVENÇÃO DE AIDS: AVALIANDO UM
MODELO EDUCATIVO PARA JOVENS**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientador: Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos.

SÃO PAULO

1999

**INFLUÊNCIAS DAS NORMAS DE GÊNERO NA PREVENÇÃO DE
AIDS: AVALIANDO UM MODELO EDUCATIVO PARA JOVENS.**

MARIA CRISTINA ANTUNES

BANCA EXAMINADORA

(Nome e Assinatura)

(Nome e Assinatura)

(Nome e assinatura)

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/____

*Em homenagem a todos
aqueles que vivem e
convivem com a AIDS.*

E...

*aos meus pais: Rosa e José,
e minha irmã: Luciana.*

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de agradecer aos meus mentores no curso de Pós-Graduação, que me guiaram para o desenvolvimento desse trabalho. Ao Professor Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos, sem cuja sabedoria e paciência este trabalho não teria sido finalizado. À Prof^a. Dra. Arakcy Martins Rodrigues, que me acolheu no momento mais difícil, e à Prof^a. Dra. Luisa Alonso, que iniciou minha orientação mas que, infelizmente, não pôde dar continuidade a ela.

Gostaria de agradecer em especial à minha “mãe” intelectual, Prof^a. Dra. Vera Paiva, com quem iniciei meus trabalhos na área de Prevenção de AIDS e com quem tanto aprendi. À Prof^a. Dra. Cassia Buchalla, que fez sugestões valiosas para essa dissertação. A toda a equipe do NEPAIDS, que diversas vezes discutiu os resultados desse projeto.

Ao Dr. Ron Stall e ao Dr. Norman Hearst, que supervisionaram o desenvolvimento do trabalho e muito me ensinaram sobre metodologia científica. Ao Center for AIDS Prevention Studies da Universidade da Califórnia, que financiou este projeto, através de verbas do AIDSCAP Project – FHI – USAID. Em especial à Estie Hudes, Mark Hudes, Jay Paul e Margareth Balestrini, que fizeram a assessoria estatística deste projeto.

À Camila Peres, que dividiu comigo o desafio de coordenar esse projeto e à equipe: Betina, Cely, Fezão, Fezinho, Gustavo, Josiane, Odonel, Vladimir. Em especial a Rebecca, Luciana e Renato, que foram o “braço direito” do projeto.

Gostaria de agradecer também o apoio do Programa Estadual de DST/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, ao Instituto "Adolpho Lutz", ao Yasigi International e à FAPESP pelo apoio concedido.

Aos diretores, professores e funcionários das Escolas Estaduais, pela colaboração e disponibilidade para a realização do projeto. Em especial aos alunos, que compartilharam suas intimidades e vidas conosco.

Finalmente, aos meus familiares e amigos pela paciência, amor e compreensão, em especial ao Cláudio que cuidou de mim nos momentos finais. E aos meus terapeutas e ex-terapeutas, pelo carinho e ajuda no meu desenvolvimento pessoal. Aos meus alunos, que têm sido fonte de inspiração e à faculdade de Psicologia – UNICASTELO pelo incentivo profissional.

***“Mais importante do que a ciência, é o que ela produz,
Uma resposta provoca uma centena de perguntas.”***

(J.L.Moreno)

SUMÁRIO:

LISTA DE FIGURAS.....	i
LISTA DE TABELAS.....	ii
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
APRESENTAÇÃO.....	vii
1. INTRODUÇÃO	
1.1 Dados Epidemiológicos de AIDS.....	01
1.2 Projetos de Prevenção de AIDS.....	02
1.3 Modelos Teóricos sobre Mudança de Comportamento.....	05
1.4 Gênero e Sexualidade.....	13
2. OBJETIVOS.....	19
3. METODOLOGIA	
3.1. Estabelecendo parcerias e escolhendo sujeitos.....	20
3.2. Elaborando o questionário para avaliação quantitativa.....	22
3.3. Intervenções.....	26
3.4. Trabalho com a comunidade.....	29
3.5. Recrutamento e trabalho de campo.....	30
3.6. “Feedback” e planejamento de atividade com professores.....	31
3.7. As atividades nas escolas.....	32
3.8. Dificuldades encontradas.....	38
3.9. Procedimentos de análise.....	39
4. RESULTADOS	
4.1. Análise descritiva da primeira onda de aplicação de questionários	
4.1.1. Caracterização da amostra.....	42
4.1.2. Conhecimentos sobre HIV/AIDS.....	43
4.1.3. Percepção de risco.....	45
4.1.4. Adesão às tradicionais normas de gênero.....	46
4.1.5. Crença nos grupos de risco.....	48
4.1.6 Percepção de Eficácia do self.....	48
4.1.7. Conversar com os amigos sobre AIDS/sexualidade.....	49
4.1.8. Apoio social para o uso da camisinha.....	50
4.1.9. Crenças sobre o uso do preservativo.....	51
4.1.10. Atitudes e práticas sexuais.....	53
4.1.11. Motivos para o não uso do preservativo.....	57
4.1.12. Conversar sobre Sexo/AIDS com parceiros.....	59
4.1.13. Capacidade de negociação sexual e uso de preservativo.....	60
4.1.14. Compromisso com sexo seguro.....	60
4.1.15. Medo do estigma da AIDS.....	61
4.1.16. Teste HIV.....	62

4.2. Comparação entre grupo controle e intervenção na 2ª onda de coleta de dados.	
4.2.1. Conhecimentos sobre HIV/AIDS.....	62
4.2.2. Percepção de risco.....	63
4.2.3. Adesão às tradicionais normas de gênero.....	63
4.2.4. Crença nos grupos de risco.....	64
4.2.5. Percepção de Eficácia do self.....	64
4.2.6. Conversar com os amigos sobre AIDS/sexualidade.....	64
4.2.7. Apoio social para o uso da camisinha.....	65
4.2.8. Crenças sobre o uso do preservativo.....	65
4.2.9. Atitudes e práticas sexuais.....	66
4.2.10. Motivos relatados para a não utilização do preservativo.....	67
4.2.11. Conversar sobre Sexo/AIDS com parceiros.....	68
4.2.12. Capacidade de negociação sexual e uso de preservativo.....	69
4.2.13. Medo do estigma da AIDS.....	70
4.2.14. Compromisso com sexo seguro.....	70

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. Conhecimentos sobre HIV/AIDS.....	71
5.2. Percepção de risco.....	73
5.3. Crença nos grupos de risco.....	74
5.4. Medo do estigma da AIDS.....	76
5.5. Percepção de eficácia do <i>self</i>	77
5.6. Crenças sobre o uso do preservativo.....	79
5.7. Apoio social para o uso do preservativo.....	81
5.8. Conversar com amigos e parceiros sobre sexualidade e AIDS.....	82
5.9. Capacidade de negociação sexual e uso de preservativo.....	85
5.10. Compromisso com sexo seguro.....	87
5.11. Atitudes, práticas sexuais e normas de gênero.....	88
5.12. Motivos para não usar o preservativo.....	96
5.13. Teste HIV.....	99

6. CONCLUSÃO	101

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111

ANEXOS

A. “Labirinto”	118
B. Questionário	120

LISTA DE FIGURAS

Figura nº	Página
1.	Tipo de parceria sexual nos últimos 6 meses, na 1ª coleta de dados.....55
2.	Uso de camisinha nas relações vaginais com parceiros regulares, nos últimos 6 meses, na 1ª coleta de dados. (n=167).....56
3.	Uso de camisinha nas relações anais, com parceiros regulares, nos últimos 6 meses, na 1ª coleta de dados. (n=167).....56
4.	Uso de camisinha nas relações vaginais com parceiros casuais, nos últimos 6 meses, na 1ª coleta de dados. (n=62).....56
5.	Uso de camisinha nas relações anais com parceiros casuais, nos últimos 6 meses, na 1ª coleta de dados. (n=62).....57

LISTA DE TABELAS

Tabela nº	Página
1. Diferenças no perfil demográfico de homens e mulheres no “baseline” (n=304).....	43
2. Porcentagem de concordância com afirmações sobre os meios de transmissão do HIV de homens e mulheres na 1ª coleta de dados (n=304).....	44
3. Porcentagem da Percepção do Risco de contrair o HIV, de jovens que NÃO utilizaram a camisinha em suas relações sexuais nos últimos 6 meses (n=105).....	45
4. Porcentagem de homens e mulheres que concordam com afirmações sobre risco de contrair o HIV na 1ª coleta de dados (304 estudantes).....	46
5. Proporção de homens e mulheres que discordam das tradicionais normas de gênero, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).....	47
6. Porcentagem de homens e mulheres que discordam da idéia de grupo de risco, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).....	48
7. Porcentagem de homens e mulheres que concordam com as questões sobre eficácia do self, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).....	49
8. Porcentagem de homens e mulheres que conversam sobre sexo e AIDS com os amigos, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).....	50
9. Porcentagem de homens e mulheres que tem apoio social para o uso do preservativo, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).....	51
10. Porcentagem de homens e mulheres na avaliação do preservativo, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).....	52
11. Porcentagem de homens e mulheres que tiveram as seguintes práticas sexuais, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).....	53
12. Porcentagem do contexto das práticas sexuais de homens e mulheres, na 1ª coleta de dados (200 jovens que tiveram relações sexuais nos últimos 6 meses).....	54
13. Porcentagem de homens e mulheres que mantiveram relações sexuais arriscadas, na primeira coleta de dados.....	57

14. Porcentagem dos motivos para a não utilização do preservativo, de homens e mulheres, na 1ª coleta de dados.....	58
15. Porcentagem de capacidade de conversar sobre sexo e AIDS com os parceiros sexuais, na 1ª coleta de dados (200 estudantes que tiveram parceiros nos últimos 6 meses).....	59
16. Porcentagem da capacidade de negociação sexual e prevenção de homens e mulheres, na 1ª coleta de dados (n= 200).....	60
17. Porcentagem do Compromisso de fazer Sexo Seguro no futuro de homens e mulheres, na 1ª coleta de dados (n= 304).....	61
18. Porcentagem do medo do estigma de ser um portador do HIV de homens e mulheres, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).....	61
19. Porcentagem de homens e mulheres sobre a realização do teste HIV, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).....	62
20. Média dos grupos Controle e Intervenção para <u>Homens</u> em questões que houve mudança significativa entre a primeira e segunda ondas de questionários.....	63
21. Média dos grupos Controle e Intervenção para <u>Mulheres</u> em questões que houve mudança significativa entre a primeira e segunda ondas de questionários.....	63
22. Média dos grupos Controle e Intervenção entre homens, para questões da percepção de eficácia do self, na primeira e segunda ondas de questionários.....	64
23. Média dos grupos Controle e Intervenção das mulheres na primeira e segunda ondas de questionários.....	65
24. Média dos grupos Controle e Intervenção das mulheres na primeira e segunda ondas de questionários.....	65
25. Tipo de parceria entre as mulheres do grupo controle e intervenção, nas duas primeiras ondas de questionários.....	66
26. Média dos grupos Controle e Intervenção de mulheres, para uso de camisinha nas relações sexuais, na primeira e segunda ondas de questionários.....	67
27. Média dos grupos Controle e Intervenção das mulheres na primeira e segunda ondas de questionários.....	67
28. Média dos grupos Controle e Intervenção entre as mulheres, para os motivos de não utilização do preservativo, na primeira e segunda ondas de questionários.....	68

29. Média dos grupos Controle e Intervenção entre homens, para os motivos de não utilização do preservativo, na primeira e segunda ondas de questionários...	68
30. Média dos grupos Controle e Intervenção de homens e mulheres, para a escala Conversar sobre sexualidade/AIDS com parceiros, na primeira e segunda ondas de questionários.....	68
31. Média dos grupos Controle e Intervenção entre mulheres, para as questões sobre com parceiros sexuais, na primeira e segunda ondas de questionários.....	69
32. Média dos grupos Controle e Intervenção entre mulheres, para as questões sobre Negociação, na primeira e segunda ondas de questionários.....	69

RESUMO

ANTUNES, Maria Cristina. *Influências das normas de gênero na prevenção de AIDS: avaliando um modelo educativo para jovens*. São Paulo, 1999. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Estuda as práticas sexuais de risco para a infecção pelo HIV entre jovens (18 a 25 anos) do período noturno de escolas públicas da cidade de São Paulo; avalia os efeitos de um modelo de prevenção segundo variáveis baseadas no Modelo de Redução de Risco em AIDS; analisa diferenças entre os gêneros. Desenvolveu-se um estudo longitudinal, envolvendo 4 escolas divididas randomicamente em grupo-intervenção e grupo-controle. 394 estudantes participaram do *baseline*, sendo que 77% completaram o questionário pós-intervenção. Desenvolvimento de Oficinas de Sexo Mais Seguro com 4 encontros, de 3 horas cada, onde foram discutidos: o simbolismo da AIDS; percepção de risco; influência das normas de gênero nas atitudes; informações sobre AIDS; corpo erótico e reprodutivo; prazer sexual; negociação do uso do preservativo. Dados do *baseline* mostraram que a frequência do uso de preservativo foi baixa entre os jovens que mantiveram relação sexual, e que há diferenças significativas entre os gêneros com relação à sexualidade e aspectos envolvidos na prevenção de AIDS. Ao avaliar as oficinas, observaram-se efeitos estatisticamente significativos entre as mulheres, que tiveram relações sexuais mais seguras, e em algumas variáveis envolvidas com a prevenção da AIDS. As mudanças foram menos significativas entre os homens. Conclui-se que o risco para a infecção pelo HIV pode ser diminuído, mas resultados mais expressivos podem ser encontrados se forem enfatizados os obstáculos sócio-econômicos e papéis sexuais de gênero através de programas comunitários específicos de longa duração.

ABSTRACT

ANTUNES, Maria Cristina. *Influences of Gender Norms on AIDS Prevention: evaluating an educative model for young adults*. São Paulo, 1999. Master Thesis. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Examines sexual risk for HIV infection among young adults (18 to 25 years old) night school students in São Paulo city; evaluates effects of an HIV/AIDS prevention model through AIDS Risk Reduction Model variables; analyzes gender differences. A longitudinal study was conducted among four public night schools that were randomized into intervention group and control group. 394 students participated in the baseline survey, 77% completed a post intervention questionnaire. Development of Safer Sex Workshops during four sessions with 3 hours each, where they discussed: AIDS symbolism, risk perception, influences of gender norms on attitudes, AIDS-related knowledge, erotic and reproductive body, sexual pleasure, condom negotiation. Condom use was low among students that had sexual relation and gender differences were significant at baseline. Workshops evaluation showed significant effects among women that had more safer sex and in some variables involved with AIDS prevention. Changes were less significant among men. We conclude that the risk to HIV infection can be lowered, but more significant results can be achieved if the socioeconomic barriers and gender differences are considered in specific long-term community programs.

APRESENTAÇÃO:

O meu primeiro contato com o “mundo da AIDS” foi em 1990, quando comecei a trabalhar na formulação de um projeto de prevenção de AIDS para adolescentes de baixa renda. Eu era aluna do curso de graduação do Instituto de Psicologia da USP, e estava apenas iniciando minha vida acadêmica.

Eu, como todos os jovens de minha geração, via a AIDS como algo distante, que pertencia aos assim denominados “grupos de risco”. Não precisava pensar em prevenção, em camisinha. A AIDS era delegada ao outro, ao diferente. Imagine se algum de meus amigos poderia pensar na hipótese de que o(a) namorado(a) poderia contaminá-lo! Nunca! Mesmo as pessoas que trabalhavam com prevenção encontravam dificuldade em fazer sexo mais seguro com seus parceiros.

Nessa época, e talvez ainda hoje, alguns achavam que existia o risco de se contaminar pelo mínimo contato com um soropositivo, ao dar um abraço, um aperto de mão, usar o mesmo banheiro ou mesmo trabalhar junto. Em 1989 houve algumas manifestações no Instituto de Psicologia, pois a direção da faculdade não queria permitir o atendimento psicológico de pessoas portadoras do HIV ou doentes de AIDS. Alguns professores e funcionários não queriam que os “moribundos” (como muitas vezes ouvi da boca de professores) transitassem pelas dependências do Instituto.

Naquela época, não me lembro de ter participado de tais discussões ativamente. Era nosso primeiro ano de faculdade e tudo ainda era muito estranho para nós, os alunos que haviam acabado de sair da proteção do “seio familiar” para a “redoma de vidro” acadêmica. Digo isso com muita convicção, pois se não fossem as poucas iniciativas de alguns de nossos professores, eu continuaria sob a proteção das teorias e técnicas, e não teria entrado em contato com questões sociais tão relevantes e urgentes na época.

Graças a essas iniciativas, tive a chance de ingressar em um grupo que estava começando a escrever um projeto de prevenção de AIDS, coordenado pela Profa. Vera Paiva. Apesar da alienação de minha geração, e de todas as “redomas” que tive que transpor durante minha vida, desde cedo fui engajada em movimento de jovens na Igreja Católica. Sempre tive interesse pelas causas sociais e essa foi a primeira

chance que tive, dentro da Universidade, de entrar na área de pesquisa da Psicologia social.

O passo seguinte foi a mobilização pelo tema da AIDS. O ponto de partida foi a metodologia de Paulo Freire. Construímos um modelo de intervenção/prevenção baseado nas vivências do grupo de alunos/pesquisadores. Digo construímos pois foi, e tem sido até hoje, algo que sinto como meu e representativo da vivência grupal da equipe.

Foram três anos de profundo aprendizado - e revolucionadores para minha vida pessoal e profissional. Experiências enriquecedoras, mas também tristes, amarguradas. A dor não apenas de conhecer pessoas portadoras do vírus, perder amigos ou conviver com aqueles que estavam na iminência de adoecer, mas também a dor de ver a pobreza, a falta de informação e vulnerabilidade de alguns *versus* a informação e - mesmo assim - a discriminação e o preconceito de outros. A dor de ir às "bocas" de São Paulo e conversar com jovens que não tinham outra opção além do que a vida lhes proporcionava: a violência na rua ou dentro de casa, a fome, a desinformação, o desemprego e a AIDS, que não passava apenas de uma outra desgraça em suas vidas.

Algumas questões me perseguiram e até hoje permanecem: “Mas por que as pessoas não se protegem ? Por que não usam camisinha ? Por que se colocam em risco? O que dificulta a adoção do sexo seguro? Quais os fatores que influenciam a prevenção?” Questões estas que vários pesquisadores em todo o mundo também vêm tentando responder, ao longo destes 18 anos de epidemia da AIDS.

No início de 1993, surgiu a oportunidade de escrever um novo projeto de pesquisa/prevenção de AIDS de forma a avaliar o modelo de intervenção desenvolvido pela equipe do NEPAIDS. Esse projeto foi financiado pelo *Center for AIDS Prevention Studies - University of California*, com a colaboração do Dr. Norman Hearst e do Dr. Ron Stall, e coordenado pela psicóloga Camila Alves Peres e por mim.

Já havíamos acumulado muita experiência do projeto anterior com adolescentes, e decidimos que estaríamos escolhendo a população de jovens entre 18 e 25 anos de idade, pois teriam uma vida sexual mais ativa do que os adolescentes.

Em meados de 1993, iniciamos este projeto, “Prevenção de AIDS entre jovens adultos”, onde desenvolvemos um estudo longitudinal em quatro escolas da

região do centro da cidade que apresentavam similaridades sócio-demográficas. As escolas foram divididas de forma randômica em grupo-intervenção e grupo-controle. Cerca de 100 alunos de cursos noturnos, entre 18 e 25 anos de idade, em cada escola, participaram deste estudo. No total, 394 estudantes participaram do *baseline*, e 304 (77%) completaram o questionário pós-intervenção.

Após a primeira aplicação de questionários, os alunos do grupo-intervenção participaram de uma "Oficina de Sexo Seguro, Reprodução e AIDS", com 4 encontros de 3 horas cada um. Nessa Oficina, os estudantes discutiram o simbolismo da AIDS, exploraram o impacto da AIDS em suas vidas, refletiram sobre a percepção de risco e sobre como as normas de gênero e de grupo modelam conhecimentos e atitudes, receberam informações sobre AIDS, reprodução, corpo erótico e prazer sexual, discutiram a negociação do preservativo e a realização do teste para o HIV.

Após 6 meses, realizamos nova coleta de dados, e os alunos do grupo-controle participaram das intervenções. A comunidade escolar foi abordada através de treinamentos para os professores e de alguns eventos com o tema da prevenção da AIDS.

Esse modelo de Oficinas, criado no projeto anterior e discutido em profundidade no trabalho de Paiva¹, leva em conta o universo que circunda a tomada de decisão para a incorporação de práticas sexuais seguras. Já foi comprovado que apenas a abordagem enfatizando a informação não basta. Abriu-se um espaço necessário de discussão sobre a sexualidade, a contracepção, o poder implícito nas relações interpessoais, o simbolismo da AIDS, a vida, a morte, o prazer, as culturas e subculturas, as normas de gênero e de grupo.

Pensar em prevenção remete a questões mais complicadas. Não é apenas o ato de usar camisinha, mas o que significa usar. Temos que levar em conta o meio sócio-econômico-cultural no qual o indivíduo está inserido. Segundo Berger & Luckman, o indivíduo se constitui na interação com o meio social através de uma relação dialética. "A formação do EU deve ser compreendida em relação com o contínuo desenvolvimento orgânico e com o processo social"². Os comportamentos socialmente construídos e as normas culturais têm grande influência sobre o

---

¹ Paiva (1996).

² Berger & Luckmann (1985), p.

indivíduo que, ao mesmo tempo, está também determinando e interagindo com o meio sócio-cultural.

No trabalho anterior³, verificamos que as normas de gênero são centrais na área da sexualidade. O conceito de gênero remete às relações intrínsecas ao masculino e feminino, ao poder implícito nas relações entre homem/mulher. Observamos que, frente a tais normas, o poder de negociação da mulher ainda está diminuído, mesmo com as mudanças culturais que vêm ocorrendo. Nas últimas décadas, a mulher vem conquistando mais espaço social, entrando no domínio público. Mas as relações de poder ainda existem, principalmente no domínio privado, onde se dá a negociação do sexo seguro e a prevenção de AIDS/DSTs. É fundamental esclarecer esse universo subjetivo que circunda a AIDS e sua prevenção, no sentido não apenas de conhecê-lo, mas também de conter a epidemia.

O estudo quantitativo foi baseado no Modelo de Redução de Risco, de Catania⁴, que define a mudança do comportamento de risco em três estágios. No primeiro estágio, o indivíduo adquire a noção do risco e as informações sobre o HIV. No segundo estágio, a pessoa se compromete com o sexo seguro e sente-se capaz de proteger-se. Finalmente, no terceiro estágio, há uma mudança efetiva, quando a pessoa atua, conversando mais sobre sexualidade e AIDS com os parceiros e amigos, negociando o sexo seguro e efetivamente se protegendo.

Esse modelo traz algumas contribuições ao trabalho de prevenção, pois considera importante a influência do grupo e a força individual (“*self efficacy*”), baseado no modelo de Bandura⁵ e no Modelo de Crenças em Saúde⁶. Catania levanta uma série de variáveis envolvidas nos estágios para a mudança de comportamento, que foram utilizadas neste estudo apesar de suas limitações e de não terem medido com eficácia o efeito do modelo de intervenção em questão.

Os dados do *baseline* mostraram que 87% dos jovens pesquisados já tiveram alguma atividade sexual em suas vidas, e que 76% tiveram relações sexuais nos últimos 6 meses. A frequência do uso de camisinha foi baixa entre os jovens que tiveram relação sexual vaginal e/ou anal. As Oficinas foram avaliadas positivamente pela comunidade, pelos estudantes, professores e parentes. Observamos diferenças

---

³ Paiva (1996).

⁴ Catania, J.A. et al. (1990).

⁵ Bandura, A. (1977)

⁶ Rosenstock, Strecher, Becker (1994).

significativas entre homens e mulheres. Encontramos efeitos estatisticamente significativos entre as mulheres que participaram das intervenções. Entre os homens, quase não encontramos mudanças nas análises quantitativas, embora eles tenham relatado o impacto desse trabalho em suas vidas.

Esses dados sugerem que o risco para a infecção pelo HIV através da atividade sexual pode ser diminuído, e que resultados mais expressivos poderiam ser encontrados com a implantação de intervenções continuadas na comunidade. Os programas de prevenção devem levar em conta não apenas aspectos ligados à responsabilidade individual na adoção de medidas de prevenção, mas também a vulnerabilidade social, os obstáculos sócio-econômicos e os papéis sexuais de gênero, abrindo espaço para discussões sobre a sexualidade, noção de cidadania e políticas públicas para a prevenção de DSTs /AIDS.

1. INTRODUÇÃO:

1.1. Dados Epidemiológicos de AIDS:

A epidemia da AIDS cresceu rapidamente no Brasil, com o aumento significativo de casos por transmissão heterossexual (2,2% de casos em 1984 para 38,1% em 1998)⁷, e aumentou especialmente em grupos sócio-econômicos desfavorecidos⁸. O Brasil teve, no total, 140.362 casos notificados até agosto de 1998. Desse total, 24,2% se concentram na cidade de São Paulo - a primeira em número de casos no país e a 15ª cidade em incidência (307,7 para cada 100.000 habitantes).

Dados do Ministério da Saúde mostram que a epidemia está se concentrando especialmente em populações com menos escolaridade. No ano de 1998, do total de novos casos de AIDS, 52,3% é de pessoas que estudaram até o primeiro grau. Segundo dados da prefeitura de São Paulo⁹, a maior causa morte desde 1991 entre mulheres de 15 a 49 anos de idade é AIDS; e entre homens é a 2ª causa morte, superada por homicídios. A maior concentração de casos (54,3%, 1980-1998) foi entre pessoas de 20 e 34 anos. Os adultos jovens são a população de maior atividade sexual, sendo fundamentais programas de prevenção voltados para essa população.

No início da epidemia, a AIDS era chamada de peste *gay*, pois atingira essa população, que ficou estigmatizada por carregar uma doença fatal - que foi considerada uma doença do outro-diferente, do *gay*, estendendo-se para as prostitutas e usuários de drogas intravenosas¹⁰. Isso colaborou para a construção da noção dos grupos de risco. Aqueles que não faziam parte de tais grupos não se consideravam em risco, continuando a ter múltiplos parceiros sexuais sem utilizar o preservativo. As primeiras iniciativas de trabalhos preventivos através da noção do sexo seguro¹¹ surgiram nos grupos de militância *gay* americanos: “preocupados com a onda de preconceitos e com a ameaça de destruição de suas comunidades e estilos de vida,

---

⁷ Ministério da Saúde (1998) “Boletim Epidemiológico.” Ano XI, no. 3 Junho a Agosto de 1998.

⁸ Kalichman (1994)

⁹ Programa DST/AIDS do Município de São Paulo (1997) “Boletim Epidemiológico de AIDS.” Ano I, nº 2, 2º trimestre de 1997.

¹⁰ Alonso & Paiva (1992).

¹¹ Por sexo seguro entendo a não troca de fluídos corpóreos durante qualquer prática sexual. (ver: The Institute for Advanced Study of Human Sexuality. “Guia Completo do Sexo seguro.” São Paulo: GAPSA, 1991.)

onde o sexo é parte fundamental, começam a discutir a evidência de que a AIDS seria uma doença sexualmente transmissível e a buscar estratégias e soluções que visassem à proteção dos indivíduos sãos e daqueles já doentes, a preservação da comunidade e a garantia de direitos civis.”¹²

Houve uma evolução do conceito de "grupos de risco" para "comportamento de risco", descaracterizando a AIDS como uma epidemia própria de alguns grupos. Descaracterizou-se como uma doença de homossexuais e passou a atingir uma população maior. As mulheres, sob a proteção do lar e do casamento, do suposto contrato de fidelidade e monogamia de seus parceiros, são atualmente uma das populações onde a epidemia tem crescido muito; mas também os jovens têm sido alvo da epidemia, que não poupa aqueles que mantêm comportamentos de risco. A cura da AIDS ainda não foi descoberta, apesar dos avanços das terapias antiretrovirais, sendo a prevenção o único meio de combatê-la.

Em 1992, quando este projeto teve início, de todos os casos de AIDS na cidade, 25,7% eram de pessoas que viviam na região central. Uma pesquisa anterior¹³ demonstrou que 85% dos adolescentes que viviam na região raramente usavam ou nunca tinham usado o preservativo. Por outro lado, quase 30% destes adolescentes tinham amigos ou familiares diretamente envolvidos com uso de drogas ou prostituição, ou eles mesmos estiveram envolvidos (uma das causas de abandono da escola e posterior volta para o curso noturno, trabalhando durante o dia). Na região viviam típicas famílias pobres urbanas de classe trabalhadora, a maioria migrantes do nordeste do Brasil, que viviam em favelas ou cortiços. Nos distritos abrangidos por esse estudo, os primeiros casos de AIDS foram registrados em 1985.

1.2. Projetos de Prevenção de AIDS:

Com a explosão do número de casos de AIDS, desencadeou-se uma onda de prevenção ao HIV. Inicialmente, os projetos não contavam com um componente de pesquisa que avaliasse o seu impacto na comunidade. Também nos deparamos com poucos estudos sobre a sexualidade humana e a diversidade sexual antes do surgimento da epidemia, o que dificultou o seu melhor entendimento e o

---

¹² Terto Jr. (1992), p.116.

¹³ Paiva (1996); Antunes et al (1994).

desenvolvimento de projetos de intervenção adequados a cada população¹⁴. Segundo Alain Giami, “as pesquisas sobre comportamento sexual ocupam uma posição marginal dentro das ciências sociais e sua dispersão – experimentada, freqüentemente, por rupturas impostas pela conjuntura social – torna difícil a produção de um saber cumulativo.”¹⁵

Segundo Richard Parker, a crise econômica e política vivida no Brasil na época do surgimento da epidemia limitou os financiamentos de programas preventivos, que foram realizados em sua maioria com fontes externas¹⁶. O governo brasileiro não tinha uma política adequada de combate à epidemia. Apenas após um empréstimo financeiro, concedido pelo Banco Mundial ao governo brasileiro, houve um maior desenvolvimento de projetos de prevenção, que foram financiados com essa verba (entitulado "Projeto AIDS 1", que teve sua finalização no ano de 1998). As notícias mais recentes são de que o Ministério da Saúde obteve novo empréstimo do Banco Mundial e abriu concorrência para novos projetos - através do "Projeto AIDS 2" - que necessariamente devem ter um componente de avaliação para as intervenções comunitárias realizadas e que deverão ter início no ano de 1999.

Quando este projeto teve início, em 1993, outros programas de prevenção de AIDS com jovens estavam sendo desenvolvidos no Brasil, mas esse foi o primeiro projeto a ter um desenho experimental de pesquisa, com grupos controle e de intervenção, de forma a avaliar os efeitos de um modelo educativo em AIDS¹⁷. Também nos deparamos com a falta de trabalhos publicados em revistas científicas, o que dificulta saber qual o impacto desses programas no risco de infecção pelo HIV entre jovens no Brasil. Mas é possível localizar projetos de prevenção com jovens, realizados em outros países, que tiveram um componente de avaliação.¹⁸

Segundo Choi e Coates¹⁹, que fizeram uma revisão crítica da literatura científica acerca dos programas de prevenção em AIDS, poucos programas até 1994 foram efetivos para a mudança de comportamento de jovens. Alguns estudos com jovens têm demonstrado sua efetividade para aumentar o grau de conhecimento

---

¹⁴ Parker (1994)

¹⁵ Giami (1994), pg 209-210.

¹⁶ Parker (1994b).

¹⁷ Antunes et al (1997).

¹⁸ Ashworth et al (1992); Bellingham & Gillies (1993); Newman et al (1993); Kipke et al (1993); Basen-Engquist (1994); Stiffman et al (1995); Cáceres et al (1994); Siegel et al (1995); Ablasca et al (1995); Lawrence et al (1995).

¹⁹ Choi e Coates (1994).

sobre o HIV, mas que não está relacionada a mudanças de comportamento de risco para infecção pelo HIV, pois não houve aumento no uso de camisinha durante as relações sexuais²⁰.

Observamos que cada projeto realizado com uma população da mesma faixa etária obteve efeitos diferentes nos grupos que participaram das intervenções, comparados com grupos controles. Devemos levar em conta que os estudos foram realizados em países diferentes, com jovens de localidades e culturas diferentes, com modelos de intervenções variados. Similaridades foram encontradas nas mudanças obtidas pós intervenção, mas não podemos desconsiderar os diversos contextos.

No estudo de Cáceres²¹, com adolescentes de escolas em Lima - Peru, foram detectados aumentos no grau de conhecimento sobre sexualidade e AIDS, na percepção de eficácia do *self* (conceito baseado na Teoria do Aprendizado Social, que será detalhada a seguir), nas atitudes positivas frente a pessoas infectadas pelo HIV, nas intenções em adotar comportamentos seguros, e mudanças nas atitudes com relação a contraceptivos e ao preservativo. Foram detectadas também importantes diferenças entre os gêneros. Os homens reduziram o grau de machismo, as mulheres aumentaram seu grau de conhecimento sobre AIDS e a percepção de eficácia do *self*. Assim como o de Cáceres, outros estudos indicaram mudanças significativas através do aumento de atitudes positivas frente a portadores do HIV²², e de um aumento significativo na percepção de eficácia do *self*²³. Diferenças entre os gêneros também foram encontradas no estudo de Lawrence²⁴, que obteve um maior grau de conhecimento no grupo de mulheres. Nesse estudo houve um aumento significativo do uso de camisinha nas relações sexuais de adolescentes negros americanos, sendo que os homens aumentaram o uso significativamente e as mulheres, que já apresentavam alta taxa de sexo seguro, permaneceram no mesmo nível. Segundo o autor, mesmo com as mudanças, um ano após as intervenções maior quantidade de mulheres continuava a usar camisinha em relação aos homens, sendo que as mulheres do grupo controle tinham diminuído a taxa de uso do preservativo.

---

²⁰ Bellingham & Gilles (1993); Kipke et al (1993); Ashworth et al (1992); Siegel et al (1995); Aplasca et al (1995); Kuhn et al (1994).

²¹ Cáceres et al (1994).

²² Aplasca et al (1994); Siegel et al (1995); Kipke et al (1993).

²³ Lawrence et al (1995).

²⁴ Lawrence et al (1995)

No estudo de Kipke e outros²⁵ também foram encontradas mudanças significativas com relação à percepção de risco e à negociação do sexo seguro de adolescentes negros e latinos da cidade de Nova York, não tendo sido encontrada nenhuma mudança com relação ao uso de preservativo, número de parceiros e de relações sexuais.

1.3. Modelos Teóricos sobre Mudança de Comportamento:

Os estudos na área de prevenção de AIDS foram baseados inicialmente nos modelos teóricos que consideravam a mudança de comportamento como um fenômeno a nível individual. Esses modelos foram herdados dos estudos em Saúde Pública, tais como o "Modelo de Crenças em Saúde" e "Teoria Cognitiva Social". Partindo desses modelos, Catania e outros²⁶ formularam o "Modelo de Redução de Risco de AIDS" (ARRM), no qual esse projeto se baseou. Mas alguns autores²⁷ vêm fazendo críticas a esse modelo, pois não leva em conta fatores como cultura, grupo social, diferenças de gênero, entre outros.

Segundo Cáceres²⁸, outras linhas teóricas foram utilizadas de forma a dar conta de aspectos que as teorias mais “individualistas” não abordavam, tais como: “construccionismo social (Berger e Luckmann) y el interaccionismo simbólico de Mead y Dewey; nuevas formas de enfoque de lo sexual, como las planteadas por la cosmovisión post-estructuralista de Foucault y la teoría de los guiones sexuales; los aportes del feminismo en términos de una perspectiva de género; el enfoque freireano de <<educación popular>> y sus relaciones con el concepto de *empowerment*, y finalmente el rescate del pensamiento de Gramsci sobre *hegemonía*; y el desarrollo del discurso sobre postmodernidad e heterogeneidad.”²⁹

Também deve ser incluída a Teoria da Ação de Pierre Bourdieu, utilizada por alguns autores³⁰ no contexto da sexualidade e prevenção em AIDS, e também como uma explicação para as diferenças de gênero³¹.

---

²⁵ Kipke et al (1993).

²⁶ Catania et al (1990)

²⁷ Paiva (1996); Cáceres (1998).

²⁸ Cáceres (1998).

²⁹ Cáceres (1998), p.15.

³⁰ Santos (1995); Rodrigues (1996).

³¹ Ver Lins, D. et al (1998) “A Dominação Masculina Revisitada” São Paulo: Papirus.

Segundo Cáceres³², a sexualidade seria resultado dos diferentes cenários discursivos e culturais, das estruturas que limitam as possibilidades, das influências interpessoais e das influências intrapsíquicas. Esse último fator estaria mais relacionado às teorias que enfocam a sexualidade e prevenção de AIDS a nível individual. O autor propõe que deve-se atuar em todos esses níveis para se produzirem mudanças mais radicais no comportamento. Nesse estudo utilizaremos o "Modelo de Redução de Risco de AIDS" e a perspectiva de gênero, que em um projeto anterior demonstrou-se central para a estruturação da sexualidade e prevenção de AIDS³³.

O "Modelo de Redução de Risco de AIDS" (ARRM) baseia-se em fatores psicológicos e sociais que influenciariam a mudança de comportamento. Segundo Catania³⁴, a mudança do comportamento de risco envolveria três estágios:

1. O reconhecimento e a definição dos comportamentos de risco.
2. O compromisso em reduzir as práticas sexuais arriscadas.
3. A busca e atuação de estratégias para atingir tais objetivos.

Esse modelo foi baseado no "Modelo de Crença em Saúde" (*Health Belief Model*), na "Teoria Social Cognitiva" (conceito de eficácia do *self*), em influências emocionais e processos interpessoais.

O "*Health Belief Model*" foi desenvolvido por profissionais de Saúde Pública para tentar explicar a dificuldade de as pessoas se engajarem em programas de prevenção³⁵. Esse modelo tem sido amplamente utilizado em abordagens psicossociais para explicar comportamentos relacionados à saúde³⁶, e foi composto pelas seguintes variáveis:

1. Percepção da susceptibilidade: percepção que a pessoa tem do próprio risco de contrair alguma doença. Vários estudos indicaram associação entre percepção de risco e comportamento sexual³⁷. Algumas pessoas não se identificavam como pertencentes aos grupos de risco (noção que foi substituída pela de comportamento

---

³² Cáceres (1998),

³³ Paiva (1996).

³⁴ Catania et al (1990).

³⁵ Hochbaum (1958); Rosenstock (1960, 1966, 1974); Rosenstock et al (1994).

³⁶ Rosenstock et al (1994).

³⁷ Aspinwall et al (1991), Hays et al (1990), Allard (1989), Basen-Engquist (1992), Hingson et al (1990), Campbell & Stewart (1992).

de risco) - ou a seus parceiros - o que as levou a manter comportamentos arriscados.³⁸

2. Percepção da severidade: percepção das conseqüências negativas (clínicas, médicas e sociais) de se contrair uma doença, da discriminação sofrida ao ser identificado como soropositivo.

3. Percepção dos benefícios: percepção da efetividade de ações que possam reduzir o risco de contrair uma doença. Seria a percepção de que a adoção do sexo seguro, do uso do preservativo, pode ser efetiva para combater a infecção pelo HIV. A percepção pessoal dos resultados positivos após o uso do preservativo foi relatada por outros autores³⁹.

4. Barreiras percebidas: aspectos negativos que possam estar relacionados à prevenção ou barreiras que impedem a adoção de comportamentos seguros. O uso do preservativo está relacionado não apenas a resultados positivos, mas também a aspectos negativos - que foram observados em vários estudos⁴⁰ -, entre eles: a vergonha por praticar o sexo seguro; implicações morais do uso do preservativo (como algo que acusa o parceiro); a alegação de que tira o prazer, custa caro, não tinha camisinha no momento da “transa”.

5. Dicas de ação: aspectos que possam facilitar a adoção de medidas preventivas, tais como conversar sobre AIDS com familiares, professores, médicos ou amigos. O grupo de amigos e as pessoas significativas na vida de um jovem são importantes fontes de informação e influências no comportamento preventivo⁴¹. Essa variável foi positivamente associada ao uso de preservativo em alguns estudos⁴².

6. Outras variáveis: sociodemográficas, psicossociais, estruturais e educacionais, que influenciam o comportamento, a percepção de risco, de benefícios, de severidade e de barreiras. Conforme foi relatado anteriormente, a epidemia da AIDS no Brasil está aumentando entre pessoas de menor escolaridade e nível sócio-econômico.

---

³⁸ Lear, D. (1995)

³⁹ Catania et al (1991), Kegeles et al (1988).

⁴⁰ Catania et al (1991), Basen-Engquist (1992), Pattullo et al (1994), Guttmacher, et al (1995), Aplasca et al (1995), Paiva (1996).

⁴¹ Lear (1995), Cambell & Stewart (1992).

⁴² Hingson et al.(1990), Aspinwall et al.(1991)

Segundo Rosenstock e outros⁴³, o conceito de eficácia do *self* desenvolvido por Bandura deve ser adicionado ao “*Health Belief Model*”. Entende-se por eficácia do *self* “...a convicção de que a pessoa pode executar com sucesso o comportamento requerido...”⁴⁴. Para que a mudança de comportamento possa ocorrer, é preciso que a pessoa se perceba em risco, identificando seu comportamento como arriscado, que acredite nos benefícios que a mudança pode trazer e que se sinta capaz de mudar seu comportamento.⁴⁵

Segundo a Teoria Social Cognitiva⁴⁶, é necessário atuar sobre a motivação e o comportamento das pessoas para a prevenção da AIDS. Bandura propõe uma abordagem social-cognitiva para o controle da epidemia, na qual precisam ser dados ao indivíduo não apenas os motivos para mudança de comportamentos arriscados mas também meios para que isso aconteça, com um suporte social. De nada adianta as pessoas possuírem as habilidades necessárias, terem informação sobre AIDS, sobre o uso do preservativo, mas não utilizarem esses conhecimentos em virtude de circunstâncias que dificultam a adoção de práticas sexuais mais seguras.

Bandura desenvolveu o conceito de “eficácia do *self*”, que seria a percepção de que a pessoa pode ter controle sobre suas motivações, comportamento e meio social. “As crenças das pessoas sobre sua própria capacidade afetam o que elas escolhem fazer, quanto esforço deve ser mobilizado, quanto tempo irão perseverar frente às dificuldades e se elas incorporam um padrão de pensamento auto-debilitante ou auto-encorajante.”⁴⁷

A percepção da pessoa de que não será capaz de manter comportamentos seguros, utilizar a camisinha com seus parceiros sexuais, criaria então um hiato entre o conhecimento e as ações preventivas.⁴⁸ Em um estudo de McKusick⁴⁹ com homossexuais, foram investigados vários fatores que poderiam influenciar o comportamento de risco, entre eles: percepção de eficácia do *self*, percepção de risco, grau de suporte do grupo na adoção do sexo seguro e habilidade para negociá-lo, grau de auto-estima. A percepção de eficácia do *self* foi o melhor indicador

---

⁴³ Rosenstock et al (1994).

⁴⁴ Bandura (1977), pg. 79.

⁴⁵ Rosenstock et al (1994).

⁴⁶ Bandura (1992).

⁴⁷ Bandura (1992), pg 90.

⁴⁸ Bandura (1986), O’Leary (1985).

⁴⁹ McKusick et al (1986).

relacionado a comportamentos arriscados. Resultados parecidos foram obtidos em estudos realizados com adolescentes e jovens⁵⁰.

Segundo Bandura, os sentimentos e as pressões interpessoais também estão relacionados a comportamentos preventivos. A necessidade de aceitação, principalmente entre os jovens, pode ser um fator fundamental nas relações interpessoais, além da pressão social, do medo de rejeição por parte do parceiro por pedir o uso do preservativo ou da vergonha em negociar o sexo seguro.

Além das habilidades necessárias para a prática preventiva e a eficácia do *self*, Bandura coloca como necessária a comunicação entre os parceiros sobre os problemas sexuais e meios de prevenção. O discurso sobre “estar protegido” com o parceiro, não querendo saber sobre sua vida sexual e uso de drogas, seria uma perigosa sensação de segurança. Tal discurso tende a estar associado à baixa percepção de risco e à falsa crença de que, com poucos parceiros regulares, a pessoa está adotando um comportamento preventivo.

Ele afirma que lidar com a sexualidade requer que a pessoa tenha “habilidades auto-regulativas” que possam guiar e motivar as ações. “A auto-regulação opera através de padrões internos, reações afetivas em relação à conduta das pessoas, o uso de auto-incentivos motivados e outras formas de auto-direcionamento cognitivo (...) As habilidades auto-reguladoras determinam a situação social em que as pessoas se encontram, tal como elas navegam através delas, e como efetivamente elas podem resistir à indução social para comportamentos potencialmente arriscados.”⁵¹ Outros autores têm enfatizado a importância da negociação do sexo seguro com os parceiros sexuais entre jovens⁵².

Bandura afirma que quatro componentes são essenciais para uma mudança auto-dirigida efetiva:

1. Informacional, no qual a pessoa aumenta a consciência e o conhecimento sobre os riscos de saúde. Este item contém outros dois fatores que são o conteúdo de informação e os mecanismos de difusão social das informações.
2. Desenvolvimento de habilidades auto-regulativas e sociais para transformar os conceitos em ações preventivas.

---

⁵⁰ Rosenthal et al (1991), Basen-Engquist (1994)

⁵¹ Bandura (1992), p.92.

⁵² Lear, D. (1995), Kipke et al (1993), Binson et al (1993), Guttmacher et al (1995), Paiva (1996).

3. Intensificação das habilidades e da eficácia do *self*, que guiem as práticas em situações de risco. As experiências servem como construtoras da eficácia do *self*, e a perfeição requer certa prática. A mudança de comportamento é um processo que pode ser adquirido ao longo das experiências vividas.

4. Criação de um suporte social para as mudanças pessoais, que ocorrem em uma rede social de influências. As normas sociais influenciam o comportamento antecipatoriamente pelas conseqüências que delas provêm.

O Modelo de Redução de Risco (ARRM) está baseado nessas duas teorias. A maioria das variáveis utilizadas neste estudo se baseou neste modelo. Segundo Catania (1990), o ARRM se baseia na idéia de que o sujeito deve se perceber em risco frente à epidemia para então se comprometer com a mudança de comportamento e adotar práticas sexuais seguras frente ao HIV. No primeiro estágio, o de percepção do problema, é necessário que a pessoa tenha as informações sobre a transmissão do HIV. Sem isso não se chega à percepção de risco, pois o próprio comportamento não está associado à possibilidade de infecção pelo HIV. Segundo o autor, também seria fundamental a percepção que a AIDS é algo ruim, que traz conseqüências negativas para a vida da pessoa caso ela seja infectada. Nesse estágio podem surgir defesas, tais como a negação do risco e a evitação, de forma que o próprio comportamento não seja visto como arriscado.

Outros autores⁵³ identificaram a negação de risco como prejudicial ao processo de adoção do sexo mais seguro. Segundo Rosenberger & Wineburgh (1992) e Rodrigues(1996), a negação do risco pode ser analisada como sendo um mecanismo de defesa intrapsíquico. “Melhor do que sofrer de uma ansiedade insuportável associada com iniciar as mudanças de comportamento para ter sexo seguro, um compromisso inconsciente foi deferido onde a ansiedade foi evitada pela negação do perigo imediato de AIDS em contato sexual sem proteção com parceiros desconhecidos ou suspeitos de estarem infectados.”⁵⁴

No segundo estágio do ARRM existe um compromisso com a mudança de comportamento, mas para que isso ocorra o indivíduo deve perceber os seus custos e benefícios. A pessoa em primeiro lugar deve ter confiança nos meios de prevenção,

---

⁵³ Rosenberger & Wineburgh (1992), Gladis et al (1992), Pligt et al (1994), Schiller & Lewellen (1994), Lear (1995), Rodrigues (1996).

⁵⁴ Rosenberger & Wineburgh (1992), pg 16.

ou seja, em que o uso de preservativo nas relações sexuais com penetração é um meio efetivo de combate à AIDS.

Como foi relatado anteriormente, em geral o preservativo está carregado de significações negativas. O custo de se usar o preservativo (ter o prazer diminuído, ter o fluxo natural da “ transa” interrompido) deve ser comparado a seus benefícios. O uso do preservativo deve ser banalizado e erotizado, de forma a minimizar os aspectos negativos⁵⁵ e a transpor as barreiras.

Segundo Catania, o sujeito deve sentir-se capaz de manter comportamentos sexuais mais seguros; noção essa retirada da Teoria Cognitiva Social. “Para a mudança de comportamento ocorrer é insuficiente acreditar que alguns comportamentos sexuais são gostosos e que reduzem o risco de infecção do HIV, as pessoas devem também acreditar em sua própria habilidade para reduzir o alto risco e ter mais comportamentos de baixo risco.”⁵⁶

Ainda no segundo estágio, Catania⁵⁷ referem-se à importância das normas grupais influenciando o comportamento sexual. O grupo onde o indivíduo está inserido pode incentivar ou desincentivar o uso do preservativo. Ele pode conversar sobre as dificuldades envolvidas e buscar soluções através da troca de experiências. Segundo Campbell⁵⁸, pode ser criada uma identidade grupal onde os indivíduos se considerariam em maior ou menor risco. Outros autores⁵⁹ têm enfatizado a importância de se avaliar essas normas e verificar se o indivíduo conversa sobre sexo e AIDS com seus pares.

O terceiro estágio do ARRM, de atuação, sugere que o indivíduo vise a mudança de comportamento, passando por três fases: a da procura de informações, a de obtenção de soluções e a de atuação das soluções. A primeira fase inclui as normas sociais e a procura de ajuda formal ou informal. Nesta fase, a pessoa procura a ajuda informal de amigos, discutindo seus problemas e dúvidas. É importante a comunicação com o(a) parceiro(a) sobre sexo e AIDS.

Outros autores têm relatado a importância de se aumentar o grau de comunicação entre os parceiros⁶⁰. Segundo Catania⁶¹, a habilidade de comunicação

---

⁵⁵ Paiva (1996).

⁵⁶ Catania et al (1990) pg 61.

⁵⁷ Catania et al (1990).

⁵⁸ Campbell e Stewart (1992).

⁵⁹ Lear (1995), Campbell & Stewart (1992), Siegel et al (1995), Kipke et al (1993).

⁶⁰ Lear (1995), Wight (1992), Guttmacher et al (1995), Paiva (1996).

com o parceiro é efetiva para alterar comportamentos de risco. No entanto, a alteração não depende apenas da comunicação com o parceiro, mas também da negociação do sexo seguro, pois muitas vezes a pessoa pode se deparar com a dificuldade de convencer o parceiro a utilizar o preservativo. “Quando os parceiros confrontam conjuntamente o problema, existe uma base mútua para atuar os passos de mudança de comportamento.”⁶² A habilidade de negociar o sexo seguro depende também da capacidade de discutir problemas sexuais de uma maneira construtiva. A pessoa deve ter um compromisso com a mudança de comportamento e com a manutenção das práticas sexuais mais seguras.

Observamos que o "Modelo de Redução de Risco em AIDS", o "Modelo de Crenças em Saúde" e a "Teoria Social Cognitiva" tiveram grande influência nas pesquisas de prevenção de AIDS. O "Modelo de Redução de Risco de AIDS" supõe a existência de motivadores internos e externos que fazem com que o indivíduo busque os estágios com o objetivo final de adoção de medidas preventivas. Tradicionalmente, este modelo explica a mudança de comportamento baseando-se na vontade individual, nos motivadores para esta mudança, enfatizando a responsabilidade individual na adoção ou não de práticas sexuais seguras. Este é um modelo baseado na realidade americana, muito parecido com a realidade da classe média escolarizada no Brasil, que tem noção de cidadania, de seus direitos e que pode ter vontade própria⁶³. Mas, conforme foi relatado por Cáceres (1998), seria fundamental a intervenção para prevenção de AIDS em outros níveis dos quais esses modelos não dão conta.

Uma outra abordagem, totalmente diferente desta que enfatiza a escolha individual, fala sobre a construção social da AIDS e a vulnerabilidade social. Esta abordagem encara a atividade sexual como uma atividade baseada em um conjunto complexo de motivações e organiza a sexualidade com base em numerosos fatores e influências externas⁶⁴.

Frente aos resultados quantitativos, o modelo do ARRM parece incompleto para explicar os aspectos que estão relacionados à adoção de práticas preventivas com relação à AIDS. Em virtude das especificidades da população estudada, um

---

⁶¹ Catania et al (1990).

⁶² Catania et al (1990), pg 64.

⁶³ Paiva (1996).

⁶⁴ Laumann, Gagnon, Michael, Michaels (1994)

modelo de explicação baseado nos aspectos sociais relacionados à sexualidade e prevenção da AIDS pode ser mais ilustrativo dos resultados obtidos. O modelo de intervenção que foi avaliado neste projeto abrangeu tanto os aspectos individuais da prevenção, como também o simbolismo da AIDS, a sua construção cultural, a questão de gênero e a construção social dos papéis sexuais, os aspectos afetivos e as dificuldades na negociação do sexo seguro, entre outros.

Em um trabalho anterior⁶⁵, realizado com adolescentes do centro de São Paulo, observou-se que as normas de gênero são centrais para se entender as diferentes manifestações da sexualidade, e que apenas os modelos que enfatizam fatores individuais não são suficientes para explicar tais diferenças. Várias pesquisas têm apontado diferenças significativas de gênero entre jovens no contexto da sexualidade e da Prevenção de AIDS⁶⁶.

1.4. Gênero e Sexualidade:

O conceito de gênero remete às relações intrínsecas do masculino e feminino, ao poder implícito nas relações entre homem/mulher⁶⁷. Segundo Heilborn⁶⁸, gênero é o emprego de uma diferenciação entre os sexos que, além do significado biológico, tomou uma dimensão cultural designando características determinadas, diferentes para cada cultura. “Gênero é um constructo abstrato, um princípio de classificação, que emerge da observação do real: diferenciação sexual do reino animal e vegetal. (...) Ainda que existam certas atividades invariantes em todas as culturas, masculino e feminino possuem significados distintos em cada cultura.”⁶⁹

A discussão da noção de gênero enquanto uma categoria socialmente construída surgiu com o advento do movimento feminista, na década de 70⁷⁰. A hierarquização dos papéis de homens e mulheres, estruturada no contexto das sociedades patriarcais do séc.XIX, atribuiu ao homem o domínio do mundo público e

---

⁶⁵ Paiva (1996).

⁶⁶ Antunes et al (1992, 1994), Guttmacher et al (1992), Binson et al (1993), Newman et al (1993), Paiva (1994, 1995, 1996), Cáceres (1994), Aplasca et al (1995), Lawrence et al (1995), Lear (1995), Heise & Elias (1995), O’Leary et al (1996), Dekin (1996), Campbell (1996), Kalichman et al (1997).

⁶⁷ Rubin (1975).

⁶⁸ Heilborn (1992)

⁶⁹ Heilborn (1992), p.103.

⁷⁰ Sorj (1992); Villela e Barbosa (1996).

à mulher o controle do mundo privado⁷¹, com uma tendência à naturalização do que é ser homem ou ser mulher. “ (...) a divisão de papéis deu origem a um conjunto de representações sociais sobre o que é o masculino e o feminino. (...) mas convém lembrar o caráter de estrutura natural que é atribuído a elas.”⁷²

Apenas as diferenças biológicas inatas não seriam suficientes para explicar os diferentes comportamentos e atitudes de homens e mulheres. Devemos entender o gênero enquanto “um produto social, aprendido, representado, institucionalizado e transmitido ao longo das gerações.”⁷³ Ao feminino atribuíram-se características como sensibilidade, emotividade, cuidado dos filhos e do lar. Ao masculino atribuíram-se características de liderança, competitividade, racionalidade, provedor da família.⁷⁴

Para Pierre Bourdieu, as normas de gênero estariam determinando comportamentos e até a forma como a sexualidade é expressa corporalmente e a relação do sujeito com o próprio corpo. “As diferenças sexuais estão inseridas e submersas num sistema de oposições antropológicas e cosmológicas que são constitutivas de uma visão e de uma experiência de mundo. Essas diferenças fazem parte de uma cosmologia sexualizada (ou de gênero) que se encarna na topologia sexual do corpo socializado, de seu comportamento, de sua espacialidade e mobilidade...”⁷⁵.

Segundo o autor, esse sistema de oposições estaria fundamentado na natureza das coisas. A naturalização dos papéis de gênero implica em se considerar como sendo próprios do masculino e feminino alguns comportamentos e atitudes, ou seja, coincidência entre a complementaridade anátomo-fisiológica, a de papéis sexuais e de gênero. As divisões dos papéis de gênero inscritas na ordem social das coisas “se tornam princípios subjetivos de visão, categorias cognitivas através das quais os indivíduos vêem e constroem o mundo como realidade significativa, viva.”⁷⁶. Eram tão incorporados em nossa cultura que até recentemente não eram questionados, mas esses papéis estão passando por uma série de questionamentos atualmente.

---

⁷¹ Luz (1987); Vilaseca (1995).

⁷² Luz (1987), p.73.

⁷³ Sorj (1992), pág.15.

⁷⁴ Vilaseca (1995); Antunes et al (1992)

⁷⁵ Bourdieu (1998), p.17.

⁷⁶ Bourdieu (1998), p.18.

Mas como estariam as categorias de gênero, um constructo social incorporado no cotidiano subjetivo, atuando na sexualidade do indivíduo e na relação dele com seu próprio corpo? Segundo Bourdieu⁷⁷, “a educação exerce uma ação psicossomática que leva à somatização da diferença sexual...” O autor diz que as diferenças entre os sexos teriam uma construção através de diversas modalidades.

A primeira seria a dos rituais institucionais que incluem ou excluem algum dos sexos, como por exemplo o da circuncisão, pelo qual apenas os homens passam. A segunda seria a construção simbólica do corpo biológico, com uma diferenciação de partes altas (puras) e baixas (impuras), frente (diferença sexual) e trás (indiferença sexual), públicas (face) e privadas (órgãos sexuais). Pensando sob a ótica da construção dos papéis na sociedade patriarcal tradicional, Bourdieu associa a utilização do corpo aos domínios do público e do privado: o homem teria o monopólio da parte mais alta, pública, que confronta o mundo, e a mulher teria que ficar fora do mundo público. A terceira modalidade seria corporificar a diferença dos gêneros através da codificação simbólica do ato sexual como um ato de dominação, onde o homem toma a mulher, a possui. A quarta modalidade, que seria “a organização simbólica e prática dos usos diferenciados do corpo (mobilidade e postura) e os ritos que efetuam a virilização dos meninos e feminilização das meninas”⁷⁸, “(...) realiza uma somatização da arbitrariedade cultural que equivale a uma duradoura construção do inconsciente.”⁷⁹

Além da naturalização das normas de gênero, de sua expressão corporal, cultural e social, devemos levar em conta as relações de poder implícitas, que constituíram os papéis de homens e mulheres na sociedade⁸⁰. “(...) o poder é distribuído de maneira desigual entre os sexos, cabendo às mulheres uma posição subalterna na organização da vida social.”⁸¹ Seria uma espécie de organizador dos diferentes domínios sociais, onde o poder do mundo privado estaria subordinado ao poder do mundo público, de domínio masculino. Existe uma valoração positiva do mundo público, da vida profissional, do poder econômico. Segundo Vilaseca⁸², todos

---

⁷⁷ Bourdieu (1998), p.18.

⁷⁸ Bourdieu (1998), p.21.

⁷⁹ Bourdieu (1998), p.22.

⁸⁰ Rubin (1975); Scott (1990); Villela & Barbosa (1996);

⁸¹ Sorj (1992).

⁸² Vilaseca (1998).

esses valores têm um denominador comum que é a potência. O universo feminino seria então subjugado e estaria sob a égide do poder masculino.

Para Pierre Bourdieu, o pensamento de homens e mulheres estaria permeado pelas relações de poder. A violência simbólica⁸³ ocorreria fora do controle consciente, sob a determinação do *habitus*⁸⁴. O masculino e o feminino, os gêneros, estariam também baseados no *habitus*. O autor coloca que, para subverter a ordem social existente, seria necessária uma revolução simbólica que mudasse a produção do capital simbólico.

Com o advento do movimento feminista e a conquista da mulher de seus papéis profissionais e públicos, houve uma transformação nas representações, mas os homens ainda resistem à conquista do mundo privado. “ (...) para las mujeres, el acceso al ámbito público es parte de una conquista valorada positivamente. (...) Para los varones, acceder al ámbito privado no aparece connotado positivamente. (...) Para el varón la vulnerabilidad, la necesidad de reconocimiento, la dependencia, son poco tolerables.”⁸⁵

As representações dos papéis sociais de homens e mulheres se encontram em transformação. As mulheres se organizaram, mas o mesmo não aconteceu com os homens, que apenas recentemente começaram a questionar a necessidade da criação de um movimento de homens, para repensarem seus papéis sociais e reivindicarem os direitos sexuais e reprodutivos⁸⁶.

Desta forma, entendemos as normas de gênero enquanto um constructo social incorporado, que remete às relações de poder entre homens e mulheres, que teriam suas expressões através de comportamentos e atitudes, e também através da sexualidade.

---

⁸³ Segundo Bourdieu, a violência simbólica seria o uso de simbolizações e sistemas ideológicos como forma de opressão e domínio: “ (...) o poder de impor – e mesmo de inculcar – instrumentos de conhecimento e de expressão arbitrários (...) da realidade social” Bourdieu (1989). Os sistemas simbólicos estariam a serviço da legitimação da dominação de uma classe sobre outra.

⁸⁴ *Habitus* é um conjunto estruturado de disposições que irá determinar as ações do indivíduo frente situações e estímulos. “ (...) sistema de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio, e que gera e estrutura as práticas e as representações que podem ser objetivamente regulamentadas e reguladas...” Bourdieu (1972).

⁸⁵ Vilaseca (1998), p.4.

⁸⁶ Biancarelli, Aureliano. “Masculismo une homens e mulheres.” Matéria do jornal Folha de São Paulo, 25/10/98, Caderno São Paulo, pg 9.

Segundo Paiva⁸⁷, a questão de gênero revelou-se central na construção da sexualidade dos jovens de seu estudo, que são da mesma classe sócio econômica de nosso projeto. Os sistemas sexual e de gênero estavam fundidos, pois esses jovens de classes mais baixas não tinham a possibilidade de questionar essa diferença de papéis. Conseqüentemente, houve uma naturalização dos papéis. “Os *scripts* nas comunidades em que trabalhamos ainda não são possibilidades do agir a serem escolhidas, mas parecem definir para o resto da vida um personagem: a virgem/casadoira, a beata (em homem casto ninguém acredita), a puta, a sapatona e o machão, o macho, o viado. A classe média intelectualizada e psicologizada (nós) parece ser um pouco mais tolerante e plástica, pode ir e voltar se não deixar a persona colar na cara, como já disse antes⁸⁸, e tem mais recursos e ajuda para mudar seu *script* e cena. Mas o velho *script* está lá no fundo da cabeça. (...)”⁸⁹

Importantes diferenças entre os gêneros têm sido relatadas com relação ao uso de preservativo e sexualidade entre jovens. As normas culturais sobre as responsabilidades no ato sexual, relacionadas ao gênero, continuam colocando homens e mulheres em risco para gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.⁹⁰ Segundo Paiva, em seu estudo com jovens da mesma região desse estudo, aos homens cabem o uso da camisinha, o poder de decisão na hora do sexo, o que fazer e como fazer durante a relação sexual. Graças à tradicional socialização dos papéis eles, os homens, devem saber tudo sobre sexo e estão menos abertos para inovações e para aprender sobre sexo e AIDS. Às mulheres estão delegados a preocupação com a gravidez e o poder de dizer não, mas no geral têm menor conhecimento sobre o próprio corpo e formas de obter prazer, e menor poder de negociação no momento do ato. Em geral os homens são mais ativos sexualmente do que as mulheres⁹¹. Ao masculino está delegada a impulsividade e o não controle dos desejos sexuais. “(...) ser homem é ter menos controle de seus impulsos sexuais e agressivos (...) Ser mulher é ser naturalmente mais frágil, menos agressiva e ter que controlar os impulsos sexuais, ter que ser ignorante sobre o sexo até casar e então servir aos impulsos sexuais do marido.”⁹²

---

⁸⁷ Paiva (1996).

⁸⁸ Paiva (1990).

⁸⁹ Paiva (1996), p.304-305.

⁹⁰ Guttmacher et al. (1995);

⁹¹ Guttmacher et al. (1995); Paiva (1996); Binson et al (1993); Aplasca (1995); Lawrence et al (1995)

⁹² Paiva (1994), p.235.

Alguns estudos verificaram que as mulheres têm uma atitude positiva com relação ao preservativo⁹³, ou seja, acreditam que é eficiente para a prevenção da AIDS e não acham tão desagradável a sua utilização quanto os homens. Usar camisinha requer da mulher maior habilidade, pois ela deve conseguir a cooperação do parceiro⁹⁴, negociar o seu uso. Alguns estudos observaram uma taxa mais alta de sexo desprotegido entre os homens⁹⁵. As mulheres “ (...) têm a responsabilidade de cuidar da saúde de sua própria família (...) os homens falham no papel de ter responsabilidade sobre sua própria saúde.”⁹⁶

Alguns autores afirmam que frente a esses tradicionais papéis sexuais, não apenas as mulheres, mas também os homens encontram-se oprimidos⁹⁷. Para que os trabalhos de prevenção sejam mais efetivos, existe a necessidade de levar em conta as diferenças entre os sexos, questioná-las e desenvolverem-se trabalhos específicos para homens e mulheres.

---

⁹³ Guttmacher et al. (1995); Lawrence et al (1995); Dekin, B. (1996)

⁹⁴ Cohen (1991); O’Leary (1992); O’Leary & Jemmott (1995); Worth (1989); Campbell (1995).

⁹⁵ Lawrence et al. (1995)

⁹⁶ Campbell (1995), p.204.

⁹⁷ Mapbell (1995); Vilaseca(1995); Antunes (1997).

2. OBJETIVOS:

O principal objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de um modelo de prevenção em AIDS entre jovens de baixa renda, que estudavam em escolas públicas noturnas da região central de São Paulo, mas também incluía a idéia de formar multiplicadores de informação e abrir um espaço na comunidade para o desenvolvimento de futuros projetos. A avaliação se baseou no Modelo de Redução de Risco (ARRM)⁹⁸, desenvolvido nos Estados Unidos em atividades de prevenção na comunidade gay no projeto “STOP AIDS”. Algumas questões surgiram após três anos de atividade de intervenção realizadas com adolescentes no estudo anterior⁹⁹:

Esse modelo aumentaria o uso de camisinha ?

Este modelo aumentaria a percepção do risco de infecção pelo HIV ?

Este modelo aumentaria o grau de informação sobre os meios de transmissão do HIV/AIDS?

Este modelo aumentaria a comunicação sobre sexo/AIDS entre os parceiros sexuais ?

Este modelo aumentaria a crença nas práticas sexuais seguras como meio efetivo de se proteger contra o HIV ?

Quais as diferenças entre homens e mulheres e quais as influências das normas de gênero sobre o comportamentos sexual e prevenção da AIDS ?

Além de descrever as práticas sexuais de risco para a infecção pelo HIV entre esses jovens e tentar responder a tais perguntas, esse estudo teve também por objetivos desenvolver atividades de prevenção em AIDS entre os professores das escolas nas quais trabalhamos e entre os estudantes, de forma a estimulá-los a se tornarem multiplicadores de informação e, eles mesmos, tomarem iniciativa para futuros projetos de intervenção dentro da comunidade.

---

⁹⁸ Catania et al (1990).

⁹⁹ Paiva (1996).

3. MÉTODO:

3.1. Estabelecendo parcerias e escolhendo os sujeitos:

Juntamente com um grupo do setor epidemiológico do Centro de Referência e Treinamento-DST-AIDS, da Secretaria de Estado da Saúde, em agosto de 1992, delineamos as possíveis áreas para desenvolvimento do projeto e decidimos realizá-lo na região central da cidade, onde havia uma maior incidência de casos de AIDS.

Realizamos algumas reuniões com representantes da Secretaria Estadual de Educação para apresentar a proposta do projeto, verificar o interesse de participação no estudo, estabelecer a retaguarda durante as atividades do projeto e escolher as escolas para desenvolvimento da pesquisa. Decidimos trabalhar com escolas estaduais devido à idade dos jovens que este estudo contemplaria (alunos entre 18 e 25 anos). Optamos por não trabalhar com a Secretaria Municipal, que não tem escolas de segundo grau e que tem poucos estudantes dentro desta faixa etária.

Realizamos alguns encontros com pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para conhecer as experiências obtidas em um estudo piloto de soroprevalência para a AIDS entre universitários da USP. Discutimos as dificuldades encontradas, a metodologia utilizada, as conclusões obtidas e também formas efetivas para desenvolver o nosso trabalho.

Realizamos também algumas reuniões com a diretoria do Instituto “Adolfo Lutz”, da Secretaria de Saúde, laboratório público de referência no Brasil, para conseguir apoio laboratorial e metodológico para o desenvolvimento do estudo de soroprevalência em nosso projeto. Ficou combinado que após as intervenções desse projeto seria dada aos alunos a *opção* de fazer o teste para HIV de forma voluntária. Eles receberam uma guia de encaminhamento para o Instituto “Adolfo Lutz”, onde deveriam comparecer em determinados dias (aos finais de semana, pois a maioria trabalhava durante o dia) para fazer o teste.

Identificamos e estabelecemos compromissos com os serviços públicos de saúde da região onde se localizavam as escolas, para encaminhamento dos jovens que participaram de nossa pesquisa para consultas de ginecologia e urologia, visando a prevenção e tratamento de doenças, principalmente do câncer cervical e DSTs. Os serviços que estavam prestando retaguarda ao nosso estudo eram: Centro de

Referência da Saúde da Mulher, Ambulatório de Especialidades “Várzea do Carmo” e Ambulatório de DSTs da Faculdade de Saúde Pública. O Centro de Referência e Treinamento-DST-AIDS, estaria dando assistência aos estudantes que porventura tivessem resultados positivos na sorologia deste estudo, mas entre os poucos alunos que nos procuraram para fazer o teste não houve nenhum caso positivo.

Fizemos algumas visitas aos serviços públicos de educação para a saúde, planejamento familiar e prevenção de doenças. Adquirimos material educativo (folhetos e cartilhas) para apoiar as intervenções educativas nas escolas.

Dentre as escolas da região do Centro, sorteamos quatro para participarem do estudo. Uma das escolas não demonstrou interesse em nossa proposta, o que foi uma perda significativa, pois tratava-se de uma escola referência na região, com um grande número de alunos. Algum tempo após o início do projeto soubemos, por um membro da diretoria de uma das escolas, que participou do estudo, que um dos motivos que levou aquela escola a não participar foi o fato de um membro estar doente de AIDS na ocasião do início do projeto, tendo falecido logo a seguir. Ter um membro da escola com AIDS seria a causa da resistência ao trabalho pois, como disse um dos professores, “achariam que estariam fazendo um trabalho de prevenção à AIDS só porque essa pessoa tinha AIDS”(sic). Desta forma, sorteamos uma outra escola, na mesma região, para substituí-la.

O passo seguinte, e talvez o mais difícil, foi realizar alguns encontros com os diretores, orientadores e professores do curso noturno das quatro escolas para a apresentação de nossa proposta e planejamento das atividades dentro das escolas. Também aproveitamos essas ocasiões para passar informações sobre os dados epidemiológicos da AIDS na cidade de São Paulo, no Estado de São Paulo e no Brasil, além dos dados da região central onde se localizavam as escolas. Assumimos o compromisso, com os diretores e orientadores, de elaborar um treinamento para todos os professores, além de ajudá-los a planejar um programa de prevenção à AIDS para cada escola, uma vez que só íamos trabalhar com o período noturno e com jovens de 18 a 25 anos.

Escolhemos esses alunos por terem uma situação sócio-econômica menos favorecida, tendo que trabalhar durante o dia e estudar à noite. Também seria mais fácil encontrar jovens dessa faixa etária em cursos noturnos. Segundo a direção das escolas, em geral, a maioria dos estudantes se formava por volta dos 18 anos.

Aqueles que tinham uma situação econômica menos privilegiada acabavam adiando seus estudos, tendo como prioridade o trabalho como forma de subsistência e de complementação na renda familiar.

3.2. Elaborando o questionário para avaliação quantitativa:

Tínhamos um novo desafio pela frente: elaborar um questionário que avaliasse o impacto de um modelo de intervenção para jovens, criado pelo grupo do NEPAIDS. Baseamo-nos em alguns itens do estudo anterior¹⁰⁰, em dados qualitativos e quantitativos dessa mesma população, mas grande parte das perguntas foi construída visando a avaliação de um conjunto de variáveis significativas que supostamente estariam afetando o processo de mudança de comportamento.

Baseando-nos no modelo de Catania e outros¹⁰¹, admitimos que a mudança de comportamento não acontece de modo linear, mas sim em três estágios, conforme foi discutido no capítulo anterior. Para que um comportamento seja classificado como problemático, é necessário que o indivíduo tenha conhecimento das formas de transmissão do HIV, acredite que está em risco de contrair o HIV e acredite que contrair AIDS é algo indesejável. Perceber o custo de contrair AIDS, os efeitos indesejáveis, o medo do estigma e o sentimento de solidão, de abandono está relacionado com a percepção da severidade que o *Health Belief Model* indica¹⁰². As variáveis Percepção de Risco e Conhecimento sobre AIDS, Medo do Estigma e Grupos de Risco foram baseadas no primeiro estágio.

O Medo do Estigma da AIDS, no questionário, foi avaliado pela capacidade de falar para outras pessoas de seu suposto resultado positivo para o HIV. A variável Grupo de Risco seria, de certa forma, uma complementação da percepção de risco. No início da epidemia, a AIDS estava associada aos grupos de risco, ao “outro diferente”. A construção social da AIDS facilitou o distanciamento, a negação do risco e a percepção de não susceptibilidade. “Tendo definido os grupos de risco para a AIDS como populações que são diferentes, alguns pesquisadores têm descrito estes grupos de risco com um vocabulário que faz suas ações parecerem exóticas e separadas das normas e atividades da maioria.”¹⁰³

---

¹⁰⁰ Paiva (1996).

¹⁰¹ Catania et al (1990).

¹⁰² Rosenstock et al (1994).

¹⁰³ Schiller (1994).

Com a mudança do perfil da epidemia, sendo atingida principalmente a população com práticas heterossexuais, e com o avanço dos casos de AIDS entre as mulheres, esta noção de grupos de risco tem mudado. O principal objetivo ao incluir esta variável foi avaliar o efeito da intervenção sobre a crença nos grupos de risco.

O segundo estágio requer um compromisso com a mudança de comportamento que envolve a eficácia do *self*, a eficácia da resposta, a percepção da prevenção como algo agradável e as influências sociais. Para que a adoção de comportamentos mais seguros seja feita, é necessária a crença na eficácia dos meios de prevenção, ou seja, no uso da camisinha. Essa variável foi adotada em nosso questionário na escala de Crenças sobre o Uso do Preservativo.

Os Motivos do não uso do preservativo foram investigados, neste estudo, levando em consideração essas associações de prazer-desprazer, custo-benefício, que o ARRM define. Mas, para a mudança de comportamento ocorrer, é insuficiente acreditar que alguns comportamentos podem ser agradáveis ou divertidos e que reduzem o risco de contrair o HIV. É preciso que o indivíduo acredite em suas habilidades de se prevenir.

A variável de Eficácia do *Self* foi utilizada na construção do questionário, assim como o Apoio Social para o Uso do Preservativo. Segundo Catania¹⁰⁴, “Os fatores sociais, assim como o suporte social e a referência às normas do grupo podem também ter considerável influência no acesso do custo-benefício e crenças na eficácia do *self*. Por exemplo, amigos podem nos informar que eles têm usado o preservativo de forma agradável e relatar o quão fácil foi incorporá-lo durante o sexo.”

O terceiro estágio é o de ação, onde o indivíduo inicia a adoção de comportamentos mais seguros. Nesse momento algumas barreiras devem ser transpostas para a sua efetivação. Baseadas nesse estágio, incluímos no questionário as variáveis Capacidade de Comunicação sobre Sexo/AIDS com Amigos, Capacidade de Comunicação sobre Sexo/AIDS com Parceiros e Capacidade de Negociação Sexual. Segundo Catania¹⁰⁵, a habilidade de comunicação com o parceiro é efetiva mas também depende da Capacidade de Negociação do Sexo

---

¹⁰⁴ Catania et al (1990).

¹⁰⁵ Catania et al (1990).

Seguro, pois muitas vezes a pessoa pode se deparar com a dificuldade de convencer o parceiro a utilizar o preservativo.

Conforme foi relatado anteriormente, vários estudos têm encontrado importantes diferenças de gênero com relação a sexualidade e AIDS. Construímos uma escala para avaliar o grau de adesão às tradicionais normas de gênero. Além das variáveis descritas por Catania¹⁰⁶ e da variável Adesão às Normas de Gênero, foram investigados alguns perfis sócio-demográficos e as práticas sexuais.

Elegemos um grupo de perguntas para cada variável, de forma a construir uma escala e mensurar a relação do indivíduo com cada um desses aspectos. Após a estruturação e formatação do questionário, fizemos uma pré-testagem com 30 estudantes (15 homens e 15 mulheres) entre 18 a 25 anos de escolas municipais, para evitar interferência nas escolas estaduais onde desenvolvemos nossas atividades. Analisamos o pré-teste e reformulamos o questionário¹⁰⁷, de forma a tornar a linguagem acessível e adequar o conjunto de perguntas aos seus objetivos. Também realizamos um pré-teste com 60 multiplicadores durante um treinamento de Prevenção de AIDS realizado pelo NEPAIDS, onde estavam presentes profissionais de saúde e estudantes universitários, que também colaboraram para a testagem e reformulação do instrumento.

As variáveis descritas a seguir não foram utilizadas na construção das escalas, mas foram analisadas separadamente e integradas no conjunto das análises.

a) dados demográficos: avaliam origem racial/étnica, estado civil, idade, escolaridade, renda familiar, religião (questões 1 a 13).

b) comportamento sexual: os jovens sexualmente ativos nos últimos 6 meses responderam perguntas referentes a práticas sexuais, número de parceiros (regulares e/ou casuais), uso de camisinha, atividade sexual sob influência do álcool ou outras drogas ou em troca de dinheiro (questões 16 a 36).

c) motivos para a não utilização do preservativo: confiança no parceiro, desconforto, quebra do prazer, etc. (questões 37.1 a 37.12).

---

¹⁰⁶ Catania et al (1990).

¹⁰⁷ Em anexo.

d) teste HIV: conhecimento dos participantes sobre o teste HIV, realização do teste e resultado obtido (questões 54 a 56).

e) compromisso com o sexo seguro: convicção dos participantes de que serão capazes de se prevenir efetivamente do HIV e o grau de compromisso (questão 51).

Para a construção das escalas, utilizamos um teste de confiabilidade (*Cronbach's Alpha*) sobre as variáveis descritas a seguir. O processo de construção das escalas, a inclusão ou exclusão de determinadas questões e os valores obtidos serão discutidos no item de análises estatísticas. Inicialmente, cada escala foi composta da seguinte forma:

a) percepção de risco: auto-percepção do risco de contrair e/ou ser portador do HIV (questões 49.1, 49.3, 49.4, 52.1, 52.3).

b) crenças sobre o uso do preservativo: dificuldades em usar ou obter a camisinha, impressões a seu respeito relacionadas ao prazer e ao sexo seguro (questões 50.1 a 50.9; 47.4, 47.5, 47.7).

c) capacidade de comunicação sobre sexo/AIDS com parceiro: conversar sobre sexo e AIDS com os parceiros sexuais (questões 46.1 a 46.7).

d) capacidade de comunicação sobre sexo/AIDS com amigos: conversar sobre sexo e AIDS com os amigos (questões 45.1 a 45.7).

e) capacidade de negociação: negociar práticas sexuais, prazer e sexo seguro (questões 38.1 a 38.3, 47.2, 47.3).

f) conhecimento sobre AIDS: nível de informações sobre os meios de transmissão do HIV (questões 52.2, 52.4, 52.6, 52.7, 52.10, 52.12, 49.1, 49.2).

g) eficácia do *self*: sentimento de capacidade de se proteger do HIV e de adotar as medidas de segurança (questões 47.1 a 47.3, 47.5, 47.6).

h) apoio social para o uso de preservativo: norma do grupo com relação a utilização de preservativo e incentivo para o uso (questões 48.1 a 48.5).

i) adesão às normas de gênero: normas tradicionais dos papéis masculinos e femininos como, por exemplo, o cuidado dos filhos, o sustento da casa, as diferenças de poder implícitas na relação sexual e negociação do sexo seguro (questões 14.1 a 14.8).

j) Crença nos grupos de risco: crença de que apenas pessoas dos grupos de risco (homossexuais, prostitutas, usuários de drogas) estão em risco de se contaminar com o HIV. (questões 15.5, 52.5, 52.8).

3.3. Intervenções:

O modelo proposto de oficina é similar ao utilizado em um projeto anterior e que foi amplamente discutido por Vera Paiva¹⁰⁸, mas com algumas modificações na última sessão, onde foi trabalhada a realização do teste HIV. Como foi explicitado anteriormente, o principal objetivo desse projeto era avaliar esse modelo de intervenção construído pela equipe do NEPAIDS. Desta forma, a seguir será feita uma breve descrição de cada sessão, pois Vera Paiva já fez uma descrição detalhada dos objetivos, técnicas utilizadas e resultados obtidos.

A intervenção consistiu-se em quatro encontros de três horas cada um. Após a realização do questionário, os estudantes foram sorteados e divididos em grupos de no máximo 20 participantes. Moças e rapazes foram separados em diferentes grupos, o que garantiu a confidencialidade e encorajou a discussão aberta sobre as normas de gênero e os papéis sociais pré-estabelecidos que dificultam a prevenção da AIDS.

---

¹⁰⁸ Paiva (1996).

a) Primeira sessão:

Na primeira sessão era realizada uma espécie de contrato verbal - como é feito também no trabalho psicoterápico - que abrangia o número de sessões, o tempo de duração de cada uma delas, a regra de sigilo e o respeito a opiniões diferentes dos colegas. Foi importantíssimo estabelecer um espaço onde opiniões diferentes, dúvidas ou mesmo gostos pudessem ser expressos. Cada participante teria que respeitar o seu colega e manter sigilo sobre assuntos pessoais que fossem discutidos no grupo.

Iniciávamos o “aquecimento” do grupo utilizando algumas técnicas do psicodrama, de forma a tirar os estudantes de suas cadeiras, às quais estavam tão habituados, e dar o “tom” do trabalho: dinâmico e participativo. Era pedido que eles falassem a primeira palavra que pensassem ao ouvir: “Quando você pensa em AIDS, o que lhe vem à cabeça?”, “O que a AIDS tem a ver comigo?” Discutíamos a partir dos conteúdos obtidos de forma a conscientizar a simbologia expressa por eles sobre a AIDS, o impacto em suas vidas e a percepção ou não do risco de contrair o HIV.

O grupo era então dividido em dois: um deles representava o HIV e, o outro, as pessoas que deveriam conversar com o vírus. Essa dinâmica tem por objetivo a concretização da AIDS e da noção de vulnerabilidade frente ao HIV. Dividíamos os participantes em pequenos grupos e pedíamos que montassem uma história baseada em alguns personagens e locais de uma prancha¹⁰⁹ (o labirinto, como chamávamos esse exercício) na qual uma das pessoas estaria contaminada pelo vírus HIV. O objetivo principal dessa dinâmica foi trabalhar a noção de grupos de risco e a auto-percepção do risco frente à contaminação pelo HIV.

As informações sobre o HIV, as formas de transmissão e o modo de atuação do vírus no organismo eram discutidos pelo grupo de forma participativa, levantando questões e estimulando a retirada de dúvidas. Após essa etapa, apresentávamos um vídeo da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) chamado “Amor, Viva a Vida.”, direcionado para a população jovem, que continha informações, feito com a participação de atores de televisão e jovens portadores do HIV.

---

¹⁰⁹ Produzida pelo grupo Casa da Mulher do Grajaú e pelo Inst. Saúde da Secretaria da Saúde de São Paulo, para ser usado em trabalhos com mulheres da periferia de São Paulo. Em anexo.

b) Segunda sessão:

O grupo era iniciado retomando questões, dúvidas e sentimentos suscitados pela sessão anterior. Após este período inicial para continência de possíveis ansiedades e dúvidas do grupo, propúnhamos a realização de uma massa, feita com farinha/água/sal, para que fosse modelada uma parte do corpo erótico ou reprodutivo, do homem ou da mulher. “Não é uma aula sobre “sexualidade”, mas um exercício de conscientização da sexualidade construída nas subculturas sexuais brasileiras, as diferentes formas em que essa parte da vida é percebida, o uso da informação transmitida pela mídia, família, professores e no “boca a boca”.”¹¹⁰

O objetivo também era discutir as normas de gênero, que definiam os papéis sexuais de homens e mulheres. A partir dessa atividade, discutimos a presença do HIV nos líquidos corporais e as formas de contaminação, especialmente nas diferentes práticas sexuais.

Novas questões eram levantadas e então discutíamos como fazer para não contrair o vírus. Demonstrávamos o uso da camisinha e de lubrificantes nas diferentes práticas sexuais. Os jovens manipulavam o preservativo, brincavam e treinavam a sua colocação em uma banana ou pepino. O objetivo era banalizar a camisinha e torná-la familiar, ensinando o seu uso corretamente.

c) Terceira sessão:

O objetivo dessa sessão era aprofundar a discussão sobre o sexo seguro e as dificuldades em adotar tais medidas de segurança. Iniciávamos a sessão retomando questões, dúvidas e comentários sobre a sessão anterior e propúnhamos que os participantes se dividissem em três grupos. Cada grupo deveria pensar cinco formas de ter prazer sem risco. Para isso recebiam um papel onde estava descrito o tipo de casal que deveria estabelecer tais práticas seguras: duas mulheres, dois homens ou um homem e uma mulher. O objetivo era discutir as diferentes práticas sexuais e as formas de prevenção, retirando a limitação do sexo como “penetrativo” e expandindo as possibilidades de práticas prazerosas e seguras.

Em alguns grupos surgiam o preconceito com relação a práticas sexuais diferentes, opções sexuais diferentes, como o preconceito relacionado aos

---

¹¹⁰ Paiva (1996).

homossexuais, por exemplo, ou mesmo questões relacionadas a prostituição ou drogadição. Quando estas questões se tornavam emergentes no grupo, utilizávamos a técnica psicodramática de role-playing, de forma a concretizar tais personagens e humanizá-los, fazendo com que o grupo “se colocasse no lugar do outro”, objeto de seu preconceito.

Utilizando cenas da vida deles, discutíamos as dificuldades de se prevenir da AIDS. Através da sociometria, o grupo era levado a escolher uma situação emergente que era encenada com a ajuda das técnicas psicodramáticas de direção de cena e role-playing¹¹¹. O objetivo era discutir as barreiras individuais, interpessoais e grupais na prevenção do HIV.

d) Quarta sessão:

Retomávamos aspectos da sessão anterior e propúnhamos uma nova atividade, onde os participantes simulavam a realização do teste HIV, a retirada do resultado e as mudanças em suas vidas frente a tal resultado. Esse tema não foi trabalhado no projeto anterior¹¹², coordenado por Vera Paiva. Utilizamos técnicas de aquecimento e o psicodrama interno para realizar tal atividade. O objetivo era discutir a realização do teste HIV e suas conseqüências, de forma a possibilitar que os participantes pudessem optar pela realização ou não do teste HIV no Instituto “Adolpho Lutz”.

A testagem foi realizada de forma anônima e voluntária, em dias específicos. Os participantes receberam uma guia de encaminhamento, ao final da oficina, para a realização do teste. No final deste encontro fizemos uma avaliação da oficina e do impacto em suas vidas.

3.4) Trabalho com a comunidade:

Como suporte à intervenção educativa e para multiplicar o efeito desse modelo de prevenção, foi desencadeado em toda a comunidade escolar um programa de atividades com a finalidade de integrar e comprometer todos os segmentos com a prevenção da AIDS. Esse programa consistiu em treinamentos para os professores e assessoria para desenvolverem atividades em sala de aula com o tema da prevenção

---

¹¹¹ Cukier (1992).

¹¹² Paiva (1996).

da AIDS; na formação de uma equipe de estudantes que se dispuseram a apoiar o projeto planejando e executando atividades de prevenção com os outros colegas da escola; e na execução conjunta de eventos com o tema da prevenção envolvendo os pais, os alunos e os professores das escolas.

3.5. Recrutamento e trabalho de campo:

Iniciamos o estudo em março de 1994 com 394 estudantes, devido à provável perda de sujeitos durante o projeto. Sendo este um estudo longitudinal, no qual seria feito um acompanhamento dos alunos participantes durante 18 meses, escolhemos os alunos de 5^a a 7^a série do primeiro grau e do 1^o e 2^o anos do segundo grau. Hipoteticamente eles deveriam permanecer na escola, no mínimo, mais dois anos, até concluírem seus estudos.

Realizamos o contrato com cerca de 100 estudantes sorteados aleatoriamente em cada uma das quatro escolas, explicando detalhadamente para cada um os procedimentos da pesquisa e as etapas que deveriam cumprir se quisessem participar. Cada participante assinou um termo de consentimento para a realização da pesquisa, e aqueles que não quiseram participar responderam um questionário com alguns dados sobre seu perfil sócio-econômico e sobre os motivos de sua recusa.

Aplicamos os questionários nas 4 escolas, em todos os estudantes que assinaram o termo de consentimento relativo à pesquisa. O questionário foi auto-respondido e teve uma duração média de 50 minutos. Como as intervenções foram realizadas com cerca de 20 jovens em cada grupo, houve a necessidade de um arredondamento numérico. Em duas das escolas, foi aplicado o questionário em aproximadamente 60 mulheres e 40 homens por escola; nas outras duas, o questionário foi aplicado em 40 mulheres e 60 homens em cada uma.

Desta forma garantimos aproximadamente 100 homens e 100 mulheres no grupo I (de intervenção imediata) e no grupo II (controle). Nossa amostra na primeira onda obteve um total de 394 sujeitos, sendo 208 das escolas do grupo intervenção e 186 do grupo controle. Depois de cada questionário respondido, os alunos receberam uma espécie de “incentivo” para que continuassem a participar do projeto: uma caixa de bombom, uma entrada de cinema ou uma camiseta.

Após o questionário, sorteamos duas escolas (grupo I) por onde começamos as intervenções educativas na primeira etapa da pesquisa. Alguns dos alunos que não participaram das oficinas saíram das escolas entre a aplicação do questionário e o início das intervenções. Na escola A,¹¹³ houve uma grande evasão escolar em virtude da greve ocorrida em 1994 na rede Estadual de Educação, e de características da própria escola, que serão comentadas a seguir.

Terminadas as oficinas, iniciamos o trabalho de intervenção continuada com alunos e professores dessas duas escolas, realizando uma palestra sobre AIDS e prevenção para todos os alunos do curso noturno. Essa demanda surgiu em todas as escolas devido ao alto grau de interesse dos outros alunos, que não faziam parte da pesquisa, em participar do projeto. Os integrantes da pesquisa participaram de sessões de vídeo, foram ao cinema ver os filmes “Filadélfia” e “A Vida Continua” e fizeram discussões sobre o tema.

Após 6 meses, retornamos às escolas para a segunda aplicação do questionário, em setembro. Para a nossa surpresa, apenas 60% da nossa amostra inicial continuava a estudar nessas escolas. Isso implicou num longo e árduo trabalho de campo. Realizamos visitas domiciliares através dos endereços que eles nos forneceram no primeiro questionário. No total, houve uma perda de 22,8% devido à alta mobilidade de residência dessa população. Reaplicamos o questionário em 304 alunos, sendo 150 das escolas do grupo I (intervenção) e 154 das escolas do grupo II (controle).

3.6. “Feedback” e planejamento de atividades com os professores:

Os dados obtidos através de análises preliminares do *baseline* da pesquisa foram apresentados aos professores e direção das escolas, que demonstraram bastante interesse. Eles estavam bastante ansiosos e um pouco perturbados por “não saberem” o que estávamos fazendo com seus alunos - que mantinham à risca a regra de sigilo, segundo a qual tudo o que fosse dito sobre a individualidade de si e dos outros, naquele espaço do grupo, deveria permanecer somente entre os membros do próprio grupo.

---

¹¹³ As escolas serão denominadas A e B (escolas do grupo I – intervenção) e C e D (escolas do grupo II – controle), de forma a preservar o sigilo dessa pesquisa.

Após o treinamento, feito seguindo o mesmo modelo das Oficinas de Sexo das quais os alunos já tinham participado, a pressão diminuiu. Mesmo assim, consideramos importante apresentar os dados obtidos. A partir dessa apresentação dos resultados, surgiu a demanda de que continuássemos o trabalho de intervenção continuada junto aos professores. Verificamos que seria mais sensato, num primeiro momento, trabalhar os professores para que eles mesmos se tornassem multiplicadores de informação. Afinal, a quantidade de alunos que eles atendiam por dia era muito maior do que poderíamos abranger em 2 anos de projeto.

Desta forma, foi proposto que eles inserissem os temas AIDS, Sexualidade, Drogas e Contracepção em suas aulas. Por exemplo: em português, fazerem uma redação sobre tais temas, em matemática, o professor inserir dados sobre AIDS nos problemas matemáticos, e assim por diante. Houve uma boa receptividade por parte das escolas, e nos propusemos a fazer uma supervisão quinzenal ou mensal para eles, durante o horário de trabalho pedagógico (H.T.P.), que não foi concretizada em função da rotina de trabalho intensa das escolas e da falta de disponibilidade dos professores para dispenderem seu tempo em treinamentos e reuniões, já que seus salários eram tão baixos que precisavam fazer jornada dupla ou até tripla de trabalho.

3.7. As atividades nas escolas:

Inicialmente realizamos o contato com a direção das quatro escolas. Na escola C, houve uma demora para começar as atividades, pois tivemos uma certa dificuldade em receber autorização para iniciarmos o trabalho. Em geral, o maior receio por parte da direção e dos professores das escolas era o de que o projeto atrapalhasse o andamento das atividades escolares.

Na escola C, em especial, houve mais dificuldade para estabelecer um vínculo. Seria uma perda significativa, pois as pessoas que estudam lá também moram na região. Esta escola fica localizada no Bexiga, bairro central onde há muitos cortiços (muitas pessoas e famílias que moram numa mesma casa), muitas famílias de outras regiões do país.

Tivemos várias reuniões com a diretora e professores sobre as dificuldades da escola, escutando os problemas e dando sugestões. A diretora mostrou-se então novamente receptiva ao nosso trabalho. Aprendemos de novo que todo trabalho que

se desenvolve dentro de uma instituição, seja ela educacional ou de saúde, deve levar em conta a estrutura institucional e as dificuldades de romper a rotina diária. Inicialmente, os professores ficaram resistentes ao trabalho, pois estávamos mexendo “num ninho de marimbondos”. Trabalhar com temas como sexualidade, drogas e AIDS é bastante delicado.

Depois de feita uma conscientização sobre a importância de tal trabalho, conseguimos que a maioria dos professores deixasse de lado a visão moralista e tradicional sobre orientação sexual e prevenção da AIDS. Muitos desses professores se interessaram pelo trabalho. Em um pesquisa anterior¹¹⁴, realizada com adolescentes, verificamos que grande parte deles conversaram sobre assuntos de sexo e prevenção de AIDS com os seus professores, que têm um papel importante como multiplicadores de informação dentro das salas de aula.

Em todas as escolas, nossa proposta de trabalho foi muito bem recebida pelos alunos. Poucas pessoas se recusaram a participar do projeto. Um dos principais motivos para não participar, obtidos no questionário, foi o aluno ter planos de sair da escola no ano seguinte. Mas, através do discurso de alguns deles, pudemos perceber que havia receio de um compromisso muito longo, de 2 anos. Foram falas, indagações, e cara de “Nossa, é tudo isso?”. Outro motivo para não participar foi o receio de perder aula e explicações dos professores, não conseguindo acompanhar o curso. Isto é bastante compreensível se pensarmos que são jovens que estão voltando a estudar, muitas vezes depois de alguns anos, e que querem recuperar o tempo perdido. Este motivo não apareceu muito nos questionários de recusa, apareceu na fala espontânea. No entanto, sentimos que algumas pessoas deram muito mais uma desculpa para não desagradar, do que os motivos verdadeiros. As recusas foram menos de 5 % do total das pessoas que convidamos nas 4 escolas.

a) Escolas do grupo I (Intervenção):

A escola A era a mais desorganizada. Não existia um vínculo entre os alunos, a escola e os professores. Notamos que os professores e os alunos quase não compareciam à escola. Tivemos dificuldade para contactar as pessoas, além da desorganização e desmotivação dos professores com a própria escola e com os

---

¹¹⁴ Paiva (1996).

alunos. Ficamos surpresos com a enorme diferença em relação à outra escola (escola B).

Os professores faltavam muito. Os alunos iam embora mais cedo e também faltavam muito. Quando passávamos pelos corredores havia classes quase vazias. Observamos também que as reuniões dos professores não eram organizadas, não havendo uma pauta de temas a serem discutidos. Os professores falavam ao mesmo tempo, e aconteciam muitas conversas paralelas.

As dificuldades aumentaram muito durante as oficinas de intervenção. Os rapazes de nossa equipe conseguiram começar a primeira oficina com 20 homens. No entanto, no segundo dia da intervenção eram somente oito e, no final, cinco. Passavam pelas classes e não encontravam os alunos. Alguns tinham prova e não queriam perder, e outros não tinham ido à escola. Na oficina com mulheres, começamos com 16, das 40 que haviam se comprometido. O resto não havia ido à escola ou também estava em prova. Fechamos o último dia do primeiro grupo de oficinas com 7 mulheres. A greve dos professores atrapalhou o re-aceso aos estudantes.

Resolvemos conversar, abrir o jogo com estas turmas e perguntar a opinião deles sobre as ausências nas oficinas. Os estudantes contaram que a maioria dos que estudavam na escola não morava no bairro, iam para a escola depois do trabalho e estavam cansados. Falaram também que algumas pessoas não iam à escola para estudar, mas para “zoar” (bagunçar), para encontrar os amigos, para se divertir.

Perguntamos o que acharam dos encontros, e eles disseram que foi muito bom, muito melhor do que esperavam. Comentaram que, quando dissemos que não ia ser aula teórica, não haviam acreditado. Comentaram que contaram para os pais, amigos e patrões. Segundo eles, as pessoas de casa disseram que o que estavam tendo na escola era muito importante para suas vidas. Os próprios estudantes falavam isso também. Aproveitamos para perguntar se as outras pessoas da classe - as que não quiseram mais vir aos encontros - perguntavam o que estavam fazendo. Disseram que perguntavam e que eles comentavam que estava muito divertido.

Os que haviam desistido às vezes incentivavam os outros para que faltassem ao encontro, pondo medo por estarem perdendo matérias. Reaseguramos que a participação no projeto não faria com que perdessem o ano. Conversamos sobre a importância desse trabalho para a vida das pessoas e também para o nosso estudo.

Tentamos elaborar conjuntamente estratégias para que as outras pessoas nos procurassem novamente. Eles sugeriram conversar novamente com os professores, para que eles mesmos incentivassem os alunos a frequentar os grupos da pesquisa. Também disseram que falariam que aprenderam muito e de uma forma muito divertida, que puderam conversar sobre vários assuntos a respeito dos quais nunca imaginaram que seria bom conversar com outras pessoas, que fizeram novas amizades e que foi muito bom estar num grupo só de mulheres ou só de homens para conversar.

No grupo das mulheres, atrasávamos para começar as oficinas devido ao atraso das alunas ou à necessidade de chamá-las nas classes. Não houve tempo para terminarmos a oficina em 4 dias e, surpreendentemente, elas mesmas quiseram marcar um dia - mesmo com os professores em greve - para terminarmos o trabalho. Ficaram tristes com o final do grupo. Havia uma aliança grande entre nós. As coordenadoras do grupo passaram a ser “suas amigas”. Conversamos sobre a continuidade de nosso trabalho e pesquisamos o que desejavam que fosse realizado na escola com respeito à prevenção da AIDS. Quase todas disseram que queriam fazer algo junto com os rapazes, que gostariam de continuar se encontrando e conversando. Tinham muita curiosidade de saber as opiniões dos homens a respeito de tudo o que conversamos.

Tendo em vista a conversa que tivemos com esses estudantes, realizamos uma reunião com os professores para discutir nossas dificuldades e verificar como poderiam estar nos ajudando, pois queríamos também envolvê-los em nosso trabalho. Os professores se dispuseram a nos ajudar. Os alunos que porventura perderam prova marcaram outro dia para realizá-la. Eles se dispuseram a incentivar os alunos a participar do estudo, e comentaram que seria importante também desenvolvermos um curso para os professores, pois os estudantes estavam fazendo perguntas que eles não sabiam responder.

Resolvemos mudar as estratégias com os estudantes dessa escola. Na segunda oficina, além de procurarmos por eles nas classes, procuramos ligar para quem tinha deixado um telefone para contato e conversamos, convidando-os pessoalmente e pedindo um favor: que ficasse responsável por chamar seus colegas de sala para

descerem no horário combinado. Esta estratégia alcançou bons resultados. Eles se sentiam muito especiais e importantes. Ficamos surpresos com a carência afetiva desses estudantes, com o sentimento individual de que “não faziam falta” se não participassem das intervenções. Tínhamos que lhes assegurar que a presença de cada um deles era muito importante e que, quando não compareciam, sentíamos a sua falta.

Na Escola B realizamos o trabalho com tranquilidade, pois era uma escola mais organizada do que a escola A. Os professores se reuniam duas vezes por semana, em reuniões pedagógicas, que aconteciam antes do período de aula. A direção e o corpo docente mostraram muito interesse e disposição para o trabalho. Realizamos algumas reuniões e logo a seguir iniciamos o trabalho.

A aplicação dos questionários foi rápida, mas alguns alunos tiveram dificuldade em responder. Eram alunos do primeiro grau e tiveram mais dificuldade na compreensão de algumas questões, mas isso não afetou a qualidade dos dados obtidos. Não tivemos problemas em re-acesar os alunos para iniciar as intervenções.

Os alunos que não puderam participar devido ao limite de idade reclamaram muito. Todos os alunos do período noturno queriam participar do trabalho, inclusive os alunos do curso supletivo de 2º grau, que têm uma faixa etária muito mais elevada (30-45 anos em média). Explicamos para esses alunos que nas intervenções continuadas estaríamos desenvolvendo um trabalho com o restante da escola.

Ao iniciar as intervenções, tivemos problemas com alguns professores que reclamavam que “seus alunos” estavam saindo da aula - ou colocavam falta para esses alunos, ou não repunham a prova que eles tinham perdido. Foi uma longa negociação, mas conseguimos realizar todas as intervenções com êxito. Quase não tivemos desistências, não chegaram a 5%. Alguns alunos desistiram porque saíram da escola ou porque estavam com notas ruins e não podiam perder aula.

b) Escolas do grupo II(controle):

Na escola D, tanto os professores como os estudantes estavam interessados no bom funcionamento a escola. Os alunos não faltavam como na outra escola. O mesmo acontecia com os professores, que procuravam saber mais sobre o trabalho que desenvolvíamos e como poderíamos ajudar a escola toda. Propuseram-nos um

treinamento para eles, pois queriam começar a fazer um trabalho com todos os estudantes da escola. Os próprios alunos desta escola eram mais interessados e dispostos a ajudar e a aprender.

Nessa escola tivemos dificuldade no início da aplicação do questionário. Tivemos uma perda de 5 meninas em uma das classes, que desistiram porque uma professora havia dito para a sala toda que tomassem cuidado com a perda da matéria, pois ela não iria se responsabilizar se não conseguissem acompanhar o curso. Tomamos ciência do ocorrido, através de uma aluna dessa classe, quando investigamos o que havia acontecido para termos tanta desistência.

Conversamos novamente com os professores sobre a necessidade do nosso trabalho nesta região, do perfil da epidemia, do número preocupante de mulheres com AIDS que nunca se imaginaram em risco para a infecção pelo HIV e que o trabalho proporcionaria uma oportunidade que esses estudantes discutir tais assuntos. Nessa reunião contamos com o apoio do coordenador do curso noturno, que relembrou os professores do compromisso da diretoria com o trabalho na escola.

Notamos um nível de compreensão maior do que na escola A. Não tivemos nenhuma dificuldade para encontrar os alunos na escola, o que facilitou o nosso trabalho. Também não encontramos dificuldades em realizar as intervenções nesta escola 6 meses após o contato inicial, e também nas duas aplicações subseqüentes dos questionários. Apenas a evasão escolar foi um problema, o que diminuiu a quantidade de participantes planejada.

Observamos que os professores não conseguiam perceber a gravidade do problema, e que não achavam que seria responsabilidade da escola a questão da prevenção da AIDS. Nosso próximo passo seria, necessariamente, trabalhar com os professores e conseguirmos sua confiança.

Na escola C, realizamos algumas reuniões com os professores e com a direção. No início eles estavam muito resistentes ao trabalho, com receio de que afetasse o andamento das aulas e prejudicasse os alunos. Tivemos que esclarecer os objetivos e a importância do trabalho, além de garantir que não interferiríamos na rotina diária da escola. Após algumas reuniões, conseguimos o apoio da direção e conseqüentemente dos professores. Não tivemos desistências nessa escola.

Alguns professores reclamaram da ausência dos alunos e expressaram sua preocupação de que o projeto pudesse atrapalhar o andamento das avaliações na

escola. Pediram para que agendássemos as próximas intervenções para que eles se programassem e não dessem provas. Tornou-se necessário um trabalho mais sistemático junto a esses professores, para que se conscientizassem sobre a problemática da epidemia da AIDS e colaborassem com o projeto. Muitos deles se interessaram pela idéia de um treinamento para os professores.

Inicialmente não estava previsto um treinamento nessa pesquisa, mas verificamos uma necessidade urgente de formar esses professores, que eram muito requisitados pelos alunos em questões sobre sexualidade, contracepção e informações sobre AIDS. Automaticamente, eles se tornam multiplicadores que tinham em mãos um instrumento poderosíssimo, que é a instituição de ensino - meio legitimado pela sociedade para a educação. Principalmente para uma classe social que não tinha acesso a uma boa educação, saúde, condição de vida, e onde a noção de cidadania quase não existia, o discurso de um professor, de um doutor, ou de alguém mais letrado era, e continua sendo, altamente valorizado e legitimado.

3.8. Dificuldades encontradas:

Realizamos as intervenções com os alunos das escolas do grupo II (controle). Os trabalhos de intervenção continuada se iniciaram. Estimamos que mais de 2000 alunos no total, nas quatro escolas, assistiram à palestra sobre prevenção em AIDS e foram mobilizados pelo tema.

Encontramos alguma dificuldade para iniciar as intervenções na escola C, depois da segunda aplicação de questionários. Além da evasão escolar, o mais difícil foi lidar com a direção, ainda resistente ao trabalho. Mas um fato inesperado aconteceu nos primeiros dias que estávamos retornando aos trabalhos. Ficamos sabendo que uma ex-aluna havia morrido de AIDS, o que mobilizou a todos.

Concomitante a esta notícia, a diretora da escola, em “tom de confissão”, revelou que naquele dia um aluno da escola veio procurá-la contando que estava com AIDS. Esse aluno não participava do projeto, mas pedia que a diretora nos procurasse pedindo ajuda. O caso foi mantido em sigilo e fornecemos o telefone da equipe para que o aluno nos procurasse, o que infelizmente não aconteceu. Soubemos que o aluno saiu da escola. Depois desse fato, as portas da escola se abriram e realizamos um bom trabalho com os alunos.

No mês de dezembro, recebemos a notícia que outra aluna estava infectada pelo HIV, mas ela não quis fazer contato com o grupo. Acreditamos que existiam muitos outros casos, mas que não eram revelados por medo da discriminação, ou mesmo pelo desconhecimento desses jovens de serem portadores assintomáticos. Existia uma grande resistência em procurar os serviços que ofereciam testagem gratuita. A maioria deles dizia que “era melhor não ficar sabendo”. A AIDS, apesar de circundar as vizinhanças, ainda era algo delegado ao outro-diferente: o drogado, a prostituta, o homossexual, o promíscuo. Essa era uma estratégia defensiva que as pessoas, em seus grupos “supostamente” protegidos, construíam de forma a colocar o risco longe.

Apesar da grande quantidade de alunos que se interessaram por fazer o teste, apenas 18, dentre os 394 alunos, compareceram ao Instituto “Adolpho Lutz”. Não obtivemos nenhum teste soropositivo.

Encontramos dificuldades na terceira onda do questionário, que foi executada em abril de 1995: o alto grau de evasão escolar. Encontramos apenas 40% dos alunos da nossa amostra inicial cerca de um ano depois. Iniciamos então a busca desses alunos em suas residências. No total obtivemos 199 questionários aplicados (50,5%), sendo 90 em escolas do grupo intervenção e 98 nas do grupo controle. Em virtude dessa grande perda, ainda na terceira onda, resolvemos não realizar a quarta aplicação. Seria muito difícil conseguir número suficiente para realizar a análise desses dados, não compensando tal esforço. As buscas domiciliares encareciam demasiadamente o projeto.

3.9. Procedimentos de análise:

O Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS/PC+6.0) foi utilizado para analisar os dados do *baseline* e dos questionários pós-intervenção. A análise, nesta dissertação, ficou restrita às duas primeiras ondas de coleta de dados.

a) Análise da primeira onda de aplicação de questionários:

Para todas as perguntas do questionário foram elaboradas tabelas de frequência, com o objetivo de descrever e caracterizar a amostra estudada.

Para estudar a relação existente entre sexo e todas as demais variáveis, foram elaboradas tabelas de contingência, e realizados testes de qui-quadrado a um nível de significância de 5%, como forma de testar a hipótese de que as diversas variáveis se distribuem de forma idêntica nos dois grupos, homens e mulheres (teste de homogeneidade, independência).

b) Metodologia utilizada na construção das escalas:

Com o objetivo de verificar a consistência interna entre as questões componentes de cada variável, foram construídas escalas de medida. Através dessas escalas, que mais tarde serão utilizadas para as comparações entre as duas primeiras ondas, foi possível agrupar os vários itens similares em uma única medida, verificando o efeito das intervenções realizadas.

A construção destas escalas foi realizada com a utilização da Análise Multivariada denominada *Reliability Analysis*, com o coeficiente *Cronbach's Alpha* (α) > 0.70. Cada escala foi composta por um conjunto de questões e testada individualmente. As questões foram agrupadas e algumas delas revertidas de forma a ficarem com os resultados no mesmo sentido. Algumas delas foram retiradas das escalas, de forma a elevar o coeficiente de confiabilidade e obter uma maior coerência. Desta forma, as escalas foram compostas da seguinte forma:

Escala	Quest.retiradas	Quest.permaneceram
Adesão às Normas de Gênero		q141 à q148
Crença nos Grupos de Risco	q155	q525, q528
Capacidade de Comunicação sobre Sexo/AIDS com os Amigos.		q451 à q457
Apoio Social para o Uso de Preservativo	q483, q485	q481, q482, q 484
Crenças sobre o Uso do Preservativo	q502, q 505 à q509, q 474, q475, q477	q501, q503, q504
Capacidade de Comunicação sobre Sexo/AIDS com os Parceiros		q461 à q467
Medo do Estigma da AIDS.	q532, q534, q537	q531, q533, q535, q536

As escalas de Capacidade de Negociação, Eficácia do *Self*, Percepção de Risco e Conhecimentos sobre AIDS não obtiveram um coeficiente de confiabilidade

suficiente para serem utilizadas mesmo após a retirada de algumas questões. Desta forma, as questões foram analisadas individualmente, pois compunham aspectos importantes que deveriam ser avaliados, embora sem tanto poder estatístico.

c) Análise comparativa entre Grupo Controle e Intervenção:

Com o objetivo de estudar o efeito da intervenção nos grupos de indivíduos, tanto as escalas construídas anteriormente quanto as perguntas que não puderam participar das escalas foram comparadas em três níveis de análise distintos, estabelecendo-se como co-fator a variável grupo controle e intervenção:

- 1) para o total de indivíduos pesquisados
- 2) para o grupo de mulheres
- 3) para o grupo de homens

A técnica estatística empregada foi “*General Factorial Analysis*”, adotando-se como modelo “*Analysis of covariance*” (ANCOVA) a um nível de significância de 5% e estabelecendo como co-fator as variáveis medidas na primeira onda, de forma a ajustar as diferenças do *baseline* para as medidas da segunda onda. Nas questões em que não obtivemos um número de sujeitos suficiente para realizar a Análise de Covariância, utilizamos o teste de Qui-Quadrado de Pearson, a um nível de significância de 5%.

4. RESULTADOS:

4.1. Análise descritiva da primeira onda de aplicação de questionários.

4.1.1. Caracterização da amostra¹¹⁵:

Nossa amostra inicial foi composta por 394 estudantes do período noturno de escolas públicas da região central de São Paulo, sendo que 304 responderam a 1ª e 2ª aplicações do questionário. Foram realizadas análises para verificar se havia diferenças significativas entre os 304 jovens que responderam a ambos os questionários e entre aqueles que apenas participaram do *baseline*. Não foram encontradas diferenças significativas. Dessa forma, descreveremos estes 304 sujeitos que foram utilizados nas análises para a avaliação dos efeitos das intervenções. Conforme verificamos na tabela 1, essa amostra foi composta por 53% de mulheres e 47% de homens, distribuídos entre 18 e 25 anos, com uma média de idade de 20 anos. Em virtude da baixa frequência de alunos nesta faixa etária ainda nos cursos de 1º Grau, participaram do estudo 64% de alunos do 2º Grau e apenas 36% do 1º Grau.

Conforme verificamos na Tabela 1, 47% se considerava de raça branca e 42%, mulatos (morenos). Durante a aplicação dos questionários observamos que em alguns casos as respostas a essa questão não correspondiam à realidade observada. Muitos jovens de cor negra se auto-denominaram mulatos e alguns mulatos se denominaram brancos. Realizando um cruzamento entre os dados do primeiro e segundo questionários, observamos que um total de 18,2% respondeu inconsistentemente (6% dos que se disseram mulatos na 1ª onda passaram a se auto-denominar brancos na 2ª onda; 1,7% de negros na 1ª onda para mulatos na 2ª onda; 2,7% de brancos na 1ª onda para mulatos na 2ª onda).

A grande maioria considerou a religião como algo muito importante em suas vidas (87%). Observamos que 73% afirmou ser católico. Mesmo assim, a religiosidade não apareceu durante as intervenções, na discussão de temas sobre a virgindade, relacionamento sexual ou aborto.

Verificamos que 91% eram solteiros, sendo que uma maior quantidade de mulheres era casada. Durante as intervenções observamos que alguns desses jovens,

casados ou não, já tinham filhos. Grande parte morava com os pais ou familiares e 44% morava em casas com 4 e 5 cômodos. Muitos deles trabalhavam (77%) e se sujeitavam a baixos salários (69% recebia até 2 salários mínimos), sendo que uma quantidade significativa de mulheres recebia salários menores do que os homens.

Tabela 1. Diferenças no perfil demográfico de homens e mulheres no “baseline”.

Variável	Mulheres (n=163)	Homens (n=141)	Total (304)
Idade média	19.7	20.1	19.9
Escolaridade			
1º Grau	39%	32%	36%
2º Grau	61%	68%	64%
Raça***			
Branca	42%	52%	47%
Mulata	49%	33%	42%
Negra	07%	07%	07%
Outras	02%	08%	04%
Estado Civil ***			
Solteiro(a)	88%	93%	91%
Casado(a)	08%	02%	05%
Mora junto	04%	05%	04%
Religião			
Católica	80%	64%	73%
Evangélica/Protestante	07%	09%	08%
Espírita	04%	05%	05%
Trabalha***			
Sim	75%	79%	77%
Não	25%	21%	23%
Salário Mensal***			
Menos de 1 salário mínimo	03%	03%	03%
De 1 a 2 salários mínimos	79%	51%	66%
De 2 a 5 salários mínimos	16%	40%	27%
De 5 a 10 salários mínimos	02%	06%	04%

*** P < .05, Qui-Quadrado Pearson, grupo de homens *versus* mulheres.

4.1.2) Conhecimentos sobre HIV/AIDS¹¹⁶:

Quanto ao nível de conhecimento sobre a transmissão do HIV, verificamos que a maioria desses jovens tinha as informações básicas, mas de forma

¹¹⁵ Dados retirados do questionário: q1 a q13.

¹¹⁶ Dados retirados do questionário: q491, q522, q524, q526, q 529, q5210, q5212, q492, q527

inconsistente, o que impossibilitou a construção de uma escala para esse item. Eles conheciam as formas de transmissão do HIV, mas tinham muitas dúvidas quanto às especificidades das formas de transmissão. Por exemplo, sabiam que o HIV poderia ser transmitido por via sexual, mas a maioria não sabia o porquê ou por quais tipos de relação sexual poderiam contrair. Observamos que 85% acreditava que, numa relação vaginal, a mulher poderia passar o HIV para o homem, e 88% acreditava que o homem poderia transmitir o HIV nesse mesmo tipo de relação. Apenas 66% dos jovens acreditavam que o HIV poderia ser transmitido pelo sexo anal. Com relação ao uso compartilhado de agulhas/seringas, 91% acreditava que poderia contrair o HIV desta forma.

Tabela 2. Porcentagem de concordância com afirmações sobre os meios de transmissão do HIV de homens e mulheres, na 1ª coleta de dados (n= 304).

Forma de transmissão	Mulheres (n=163)	Concordância Homens (n=141)	Total (304)
Mulher para o homem durante a relação vaginal.	84%	86%	85%
Homem para a mulher durante a relação vaginal.	89%	88%	88%
Sexo anal.***	62%	71%	66%
Compartilhar seringas/agulhas.	91%	90%	91%
Pessoa pode transmitir o HIV apesar de estar com saúde.	57%	63%	60%
Trabalharia com um soropositivo.	50%	47%	49%
Usaria o mesmo banheiro usado por pessoas que têm o HIV.	23%	22%	23%
Iria a um dentista que tem o HIV.	16%	12%	14%
Abraçaria um soropositivo.	55%	56%	55%

*** $P < .05$, Qui-Quadrado Pearson, grupo de homens *versus* mulheres.

Os estudantes participantes dessa pesquisa tinham muitas concepções erradas sobre a transmissão do HIV através do contato com pessoas soropositivas. Apenas 23% afirmou que usaria o mesmo banheiro utilizado por um portador do HIV, 14% iria a um dentista soropositivo, 56% daria um abraço e 47% trabalharia com um

portador. A maioria (60%) concordou que uma pessoa poderia transmitir o vírus da AIDS apesar de estar com saúde, mas 40% desses jovens poderiam estar mantendo comportamentos de risco por falta de informações adequadas e consistentes. Encontramos diferenças significativas entre homens e mulheres com relação às informações sobre os meios de transmissão do HIV pelo sexo anal. Menos mulheres acreditam que o sexo anal seja um comportamento de risco para o HIV.

4.1.3) Percepção de risco¹¹⁷:

Observamos que esses jovens têm uma grande dificuldade em perceber-se em risco. Conforme a tabela 3, entre os entrevistados que NÃO utilizaram o preservativo durante as relações sexuais, apenas 19% afirmou ter chance de ter hoje o vírus da AIDS. Observamos que 50% dos jovens que não utilizaram camisinha acreditam que não têm chance de ter o vírus da AIDS. Com relação à chance de contrair o HIV no futuro, 37% acredita que pode contrair e 24% nega essa possibilidade. Assumir a possibilidade de ter o vírus hoje seria assumir todas as práticas de risco feitas até então.

Tabela 3. Porcentagem da Percepção do Risco de contrair o HIV, entre jovens que NÃO utilizaram a camisinha em suas relações sexuais nos últimos 6 meses (n=105).

Alternativas	Porcentagem
<u>Hoje</u> eu tenho chance de ter o vírus da AIDS.	
Concordo totalmente	19%
Concordo mais ou menos	12%
Discordo mais ou menos	19%
Discordo totalmente	50%
<u>No futuro</u> a chance de eu contrair o HIV é pequena.	
Concordo totalmente	24%
Concordo mais ou menos	12%
Discordo mais ou menos	27%
Discordo totalmente	37%

Obs: dados retirados do *baseline*.

Durante as intervenções, observamos que o risco existia para o outro: o drogado, prostituta, homossexual ou promíscuo. Ou seja, eles tinham uma forte crença nos grupos de risco e uma falsa “sensação de proteção”, pois não eram vulneráveis dentro dessa hierarquia de risco que assumiam. Conforme a tabela 4

¹¹⁷ Dados retirados do questionário: q493, q494, q521, q523, q5211.

demonstra, apenas 33% afirmou que pessoas como eles poderiam contrair o HIV, e 34% afirmou que pessoas que têm as mesmas práticas sexuais que eles poderiam contrair o HIV, embora 84% tenha afirmado estar preocupado em se prevenir.

Tabela 4. Porcentagem de homens e mulheres que concordam com afirmações sobre risco de contrair o HIV na 1ª coleta de dados (304 estudantes).

Afirmações	Mulheres (n=163)	Concordância	
		Homens (n=141)	Total (304)
Hoje eu tenho chance de ter o HIV.	14%	11%	13%
Eu tenho chance de pegar o HIV no futuro.	32%	39%	35%
Pessoas como eu podem pegar AIDS.	32%	35%	33%
Pessoas que têm as mesmas práticas sexuais que eu podem pegar o HIV.	29%	39%	34%
Eu me preocupo em me prevenir da AIDS.	82%	87%	84%

Não encontramos diferenças significativas entre homens e mulheres nas questões referentes à percepção de risco.

4.1.4) Adesão às tradicionais normas de gênero¹¹⁸:

Observamos uma diferença muito grande na concordância com frases que simbolizam os papéis tradicionalmente desempenhados entre homens e mulheres. Conforme a tabela 5, verificamos que 15% dos entrevistados discordaram que o homem deveria tomar a iniciativa no namoro, ou seja, ter uma atitude mais ativa, própria do papel masculino, e que também não poderia controlar seus impulsos. Apenas 25% discordou que o homem não sabe dizer não quando uma mulher dá bola para ele. Boa parte afirmou que o fato de a mulher carregar camisinha na bolsa é sinônimo de promiscuidade; apenas 61% discordou que a mulher que carrega camisinha na bolsa parece estar disponível para qualquer um. O sexo era ainda território masculino para alguns deles, e a fertilidade fazia parte do mundo feminino. Observamos que 54% discordou a respeito de que o homem deve saber mais sobre sexo do que a mulher.

Tabela 5. Proporção de homens e mulheres que discordaram das tradicionais normas de gênero, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).

Afirmações	Mulheres (n=163)	Discordância Homens (n=141)	Total (304)
Homem deve tomar iniciativa no namoro.	14%	16%	15%
Cuidado dos filhos é tarefa da mulher. ***	42%	54%	47%
Homem deve saber mais sobre sexo do que a mulher.	51%	57%	54%
Responsabilidade de evitar filhos é da mulher. ***	44%	61%	52%
Sustento da casa é tarefa do homem.	28%	38%	32%
Mulher que carrega camisinha está disponível para qualquer um.	63%	59%	61%
Homem não consegue dizer não para uma mulher quando ela dá bola para ele.	25%	31%	28%
Mulher pensa mais nas conseqüências do sexo do que o homem. ***	37%	41%	39%

*** P < .05, Qui-Quadrado Pearson, grupo de homens *versus* mulheres.

Observamos, na tabela 5, que 52% dos jovens discordaram que a responsabilidade de evitar filhos é da mulher, mas as mulheres tenderam a concordar mais com esta frase. Verificamos que 39% discordou que a mulher deve pensar mais nas conseqüências do sexo do que o homem, e novamente encontramos uma diferença significativa entre os sexos, onde a mulher se sente mais responsável sobre as conseqüências do sexo do que os homens, ou seja, a possibilidade de gravidez. Observamos que 47% discordou sobre o cuidado com os filhos ser tarefa da mulher, sendo que os homens tenderam a discordar desta frase mais do que as mulheres. Verificamos que 32% discordou que o sustento da casa é tarefa do homem.

Parece existir uma diferenciação clara entre o mundo público e privado, onde o homem toma as decisões, é o provedor do lar e deve saber mais sobre sexo, e a mulher sente-se mais responsável por evitar a gravidez e cuidar dos filhos. Observamos que as mulheres têm uma maior adesão as estas regras tradicionais de gênero.

¹¹⁸ Dados retirados do questionário: q141 a q148.

4.1.5) Crenças nos grupos de risco¹¹⁹:

Verificamos que 46% dos jovens afirmaram não ter dificuldade em conviver com pessoas que têm preferências homossexuais. Verificamos que as mulheres (61%) discordaram mais dessa frase do que os homens (29%). Conforme a tabela 6 demonstra, 77% discordou que AIDS só pega em homossexuais e 81% que só pega em prostitutas, ou seja, ainda uma boa parte (23% e 19% respectivamente) acreditava que o risco de contrair AIDS era exclusivo dos grupos de risco.

Tabela 6. Porcentagem de homens e mulheres que discordaram da idéia de grupo de risco, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).

Afirmações	Mulheres (n=163)	Discordância		Total (304)
		Homens (n=141)		
AIDS só pega em homossexuais.	77%	77%		77%
AIDS só pega em prostitutas.	81%	81%		81%

*** P < .05, Qui-Quadrado Pearson, grupo de homens *versus* mulheres.

4.1.6) Percepção de Eficácia do *self*¹²⁰:

Segundo o modelo de Catania¹²¹, eficácia do *self* seria a percepção e o sentimento de ser capaz de se proteger do HIV. Observamos, na tabela 7, que esses jovens sentiam-se muito vulneráveis, pois só 58% deles consideraram ser capazes de se proteger do HIV. Verificamos que 64% afirmou que seria capaz de sempre usar camisinha com seus parceiros sexuais, apesar de ser um resultado incoerente com a prática. Apenas 13% concordou que, se o destino fosse pegar AIDS, não poderia fazer nada, sendo que os homens (76%) discordaram significativamente mais dessa frase do que as mulheres (60%).

¹¹⁹ Dados retirados do questionário: q155, q525, q528

¹²⁰ Dados retirados do questionário: q471, q473, q476

¹²¹ Catania, J. et al (1992).

Tabela 7. Porcentagem de homens e mulheres que concordaram com as questões sobre eficácia do *self*, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).

Afirmações	Concordância		
	Mulheres (n=163)	Homens (n=141)	Total (304)
Eu sou capaz de me proteger do vírus da AIDS.	61%	55%	58%
Eu sou capaz de sempre usar camisinha com todos os meus parceiros sexuais.	66%	62%	64%
Se o meu destino for pegar AIDS não adianta fazer nada, eu pego.***	15%	11%	13%

*** P < .05, Qui-Quadrado Pearson, grupo de homens *versus* mulheres.

4.1.7) Conversar com os amigos sobre AIDS/sexualidade¹²²:

Observamos que esses jovens conversavam pouco com os amigos sobre assuntos relacionados à AIDS ou sexualidade. Na tabela 8, verificamos que 20% sempre conversava sobre o uso de camisinha e 24%, na maioria das vezes, sendo que as mulheres conversavam menos com as amigas sobre o preservativo do que os homens. Observamos que 28% dos jovens sempre conversavam sobre como evitar AIDS e 35% na maioria das vezes, mas apenas 8% conversa sobre fazer o teste de AIDS e 12%, na maioria das vezes.

Também verificamos que 19% conversava sempre sobre prazer no sexo e 32%, na maioria das vezes; 32% conversava sobre fidelidade e infidelidade e 25%, na maioria das vezes; 29% conversava sempre sobre como evitar filhos e 26%, na maioria das vezes; 20% conversava sempre sobre quando ter filhos e 21%, na maioria das vezes. Comparando-se os sexos, verificamos que as mulheres falavam mais sobre como evitar filhos e quando tê-los, bem como fidelidade e infidelidade, e os homens conversavam mais sobre uso de camisinha e prazer no sexo.

¹²² Dados retirados do questionário: q451 a q457

Tabela 8. Porcentagem de homens e mulheres que conversam sobre sexo e AIDS com os amigos, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).

Conversam sobre	% jovens que conversam		Total (304)
	Mulheres (n=163)	Homens (n=141)	
Uso de camisinha ***			
Sempre	17%	23%	20%
Na maioria das vezes	22%	26%	24%
Como evitar AIDS			
Sempre	30%	26%	28%
Na maioria das vezes	33%	37%	35%
Prazer no sexo ***			
Sempre	18%	21%	19%
Na maioria das vezes	26%	39%	32%
Como evitar filhos ***			
Sempre	36%	21%	29%
Na maioria das vezes	30%	22%	26%
Quando ter filhos ***			
Sempre	25%	14%	20%
Na maioria das vezes	22%	20%	21%
Fazer o teste HIV			
Sempre	10%	07%	08%
Na maioria das vezes	12%	13%	12%
Fidelidade e infidelidade ***			
Sempre	40%	23%	32%
Na maioria das vezes	20%	32%	25%

*** P < .05, Qui-Quadrado Pearson, grupo de homens *versus* mulheres.

4.1.8) Apoio social para o uso da camisinha¹²³:

Conforme observamos na tabela 9, 32% concordou que os amigos se preveniam. Verificamos que 24% concordou que, se os amigos transam, eles usam camisinha, embora 29% tenha concordado que os amigos não usavam com pessoas que conheciam bem. A maioria afirmou (77%) que os amigos diziam que pessoas como eles precisavam usar camisinha para não correr o risco de pegar AIDS.

Apesar de esses jovens reconhecerem a necessidade do uso do preservativo, ainda não transpuseram esse conhecimento para a prática. Parece haver uma contradição entre o fato de os amigos usarem ou não camisinha. Como vimos anteriormente, a maioria deles não conversava sobre uso de camisinha e 53% disse

¹²³ Dados retirados do questionário: q481, q482, q483, q484, q485

que os amigos incentivavam o uso de camisinha. Mas na prática é diferente, pois falar é diferente de fazer. Os amigos que eles diziam que incentivavam o uso, esses mesmos amigos não usavam. Não encontramos diferenças significativas entre homens e mulheres nessas questões.

Tabela 9. Porcentagem de homens e mulheres que têm apoio social para o uso do preservativo, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).

Afirmações	Concordância		Total (304)
	Mulheres (n=163)	Homens (n=141)	
Se meus amigos transam, eles usam camisinha.	27%	20%	24%
A maioria de meus amigos se previne contra a AIDS.	32%	33%	32%
Meus amigos não usam camisinha com pessoas que eles conhecem bem.	31%	26%	29%
Meus amigos me dão incentivo para usar camisinha.	56%	50%	53%
Meus amigos dizem que pessoas como nós precisam usar camisinha para não pegar AIDS.	75%	79%	77%

4.1.9) Crenças sobre o uso do preservativo¹²⁴:

De acordo com a tabela 10, apenas 15% dos entrevistados concordaram que as camisinhas são seguras e não estouram com facilidade. Durante as intervenções, observamos que muitos desses jovens não sabiam utilizar o preservativo de maneira adequada, embora apenas 32% tenha concordado que não seria fácil de colocar, sendo que os homens achavam mais fácil de colocar do que as mulheres. Apenas 48% concordou que não pegaria AIDS se usasse sempre camisinha na relação sexual, e 47% concordou que deveria ser usada com a pessoa que se ama, para evitar doenças. Apenas 31% concordou que, mesmo se um pedaço de camisinha ficasse dentro da mulher, isso não poderia causar câncer, sendo que as mulheres discordaram mais dessa frase, o que demonstra um alto grau de desinformação a respeito de saúde reprodutiva.

A camisinha não era bem recebida, segundo o discurso desses jovens durante as oficinas. A avaliação de “chupar bala com papel” ainda estava presente.

¹²⁴ Dados retirados do questionário: q501 a 509, q474, q475, q477

Verificamos que apenas 32% dos entrevistados concordaram que a camisinha não diminuía o prazer, e 52% afirmou que não poderia ser usada com prazer. Apenas 34% dos jovens concordaram que a camisinha não atrapalhava a transa. Verificamos que 58% concordou que a camisinha não era nojenta. Observamos que 44% achava que o preço da camisinha é baixo, dá para comprar, e 67% afirmou que não tinha vergonha de comprar. O uso do preservativo também foi associado à contracepção: 78% afirmou que a camisinha pode ser usada para evitar filhos.

Podemos concluir que, apesar das campanhas de prevenção que começaram a falar de camisinha apenas em 1992, o preservativo ainda simboliza coisas ruins como o câncer, a doença, a retirada do prazer, a dificuldade, o medo de falhar. Estes aspectos são de fundamental importância pois estão presentes, consciente ou inconscientemente, no contexto da relação sexual, e podem ser fatores determinantes para uso do preservativo.

Tabela 10. Porcentagem de homens e mulheres na avaliação do preservativo, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).

Afirmações sobre a camisinha	Concordância		Total (304)
	Mulheres (n=163)	Homens (n=141)	
São seguras e não estouram com facilidade.	15%	15%	15%
Não é fácil de colocar.	35%	29%	32%
Mesmo se ficasse um pedaço de camisinha dentro da mulher não poderia causar câncer.**	21%	42%	31%
Não diminui o prazer.	35%	29%	32%
Não dá para ser usada com prazer.	52%	52%	52%
Não atrapalha na transa.	35%	34%	35%
Não é nojenta.	59%	57%	58%
Usando não vou pegar AIDS.	45%	52%	48%
Deve ser usada com a pessoa que eu amo.	40%	54%	47%
É barata, dá para comprar.	43%	46%	44%
Não é difícil de comprar, não tenho vergonha.	68%	66%	67%
Pode ser usada para evitar filhos.	76%	79%	78%

** P < .05, Qui-Quadrado Pearson, grupo de homens *versus* mulheres.

4.1.10) Atitudes e práticas sexuais¹²⁵:

Com relação ao comportamento sexual observamos, na tabela 11, que 78% dos entrevistados já mantiveram relações sexuais com penetração vaginal e apenas 28% com penetração anal. Verificamos que 48% teve algum contato genital sem penetração, 51% teve sexo oral e 48% teve contato sexual com penetração do dedo na vagina ou no ânus. Em todas essas práticas sexuais, verificamos uma diferença significativa entre os gêneros, onde menor quantidade de mulheres teve diversas práticas sexuais com relação aos homens, e uma quantidade significativa de mulheres ainda não teve nenhum tipo de prática sexual, em comparação aos homens. No total, 14% nunca teve nenhuma prática sexual, sendo que dentre aqueles que já tiveram, 76% teve contato sexual nos últimos 6 meses.

Tabela 11. Porcentagem de homens e mulheres que tiveram as seguintes práticas sexuais, na 1ª coleta de dados (304 estudantes):

Práticas sexuais	Afirmação		
	Mulheres (n=163)	Homens (n=141)	Total (304)
Penetração vaginal.***	68%	91%	78%
Penetração anal.***	11%	47%	28%
Contato genital sem penetração.***	43%	55%	48%
Sexo Oral.***	43%	61%	51%
Penetração do dedo na vagina ou ânus.***	35%	62%	48%
Nenhuma prática sexual.***	21%	05%	14%

*** P < .05, Qui-Quadrado Pearson, grupo de homens *versus* mulheres.

Observamos, na tabela 12, que 10% dos entrevistados já ofereceram dinheiro em troca de sexo e 6% já recebeu dinheiro, indicando algum tipo prostituição. A região central, onde a maioria desses jovens morava, concentrava muita prostituição. Também verificamos que apenas 16% afirmou que não precisaria amar a pessoa para ter relações sexuais. Existe uma diferença grande nas respostas entre os sexos, onde as mulheres nunca receberam dinheiro em troca de sexo e maior quantidade de

¹²⁵ Dados retirados do questionário: q152, q16 a q36, q384 a q387

homens pagaram para ter sexo. O sexo para as mulheres está mais associado ao amor, pois maior quantidade concorda que só faria sexo por amor.

Apenas 5% dos jovens afirmaram que, no momento da relação sexual, nunca ficam mais excitados quando a relação acontece de surpresa. Este poderia ser um fator importante para a prevenção pois, a partir do momento em que a relação sexual fica mais excitante se não está prevista, poderíamos supor que também existiria a possibilidade que esses jovens não tivessem a camisinha disponível no momento.

Como afirma Paiva¹²⁶, muitas dessas relações acontecem de surpresa, na rua, dentro de casa, ou no máximo na casa emprestada onde não havia ninguém. Nas entrevistas em profundidade esse dado foi confirmado, pois esses jovens não tinham um lugar tranquilo e aconchegante para ter relações sexuais, nem dinheiro para ir a motéis ou hotéis.

Apenas 12% dos entrevistados afirmaram que não precisariam ter penetração na hora da “transa”. Verificamos que para os homens a “penetração” durante o ato sexual era mais necessária do que para as mulheres. Observamos que 33% dos jovens afirmaram que já transaram após terem consumido grande quantidade de álcool e 8% após ter usado algum tipo de droga, o que poderia ser um fator de risco para a infecção pelo HIV.

Tabela 12. Porcentagem do contexto das práticas sexuais de homens e mulheres, na 1ª coleta de dados (200 jovens que tiveram relações sexuais nos últimos 6 meses).

Afirmações	Concordância		
	Mulheres (n=163)	Homens (n=141)	Total (304)
Recebeu dinheiro em troca de sexo.***	00%	10%	05%
Deu dinheiro em troca de sexo.***	02%	17%	10%
Não precisa amar a pessoa para fazer sexo.***	07%	27%	16%
Nunca fica mais excitado(a) quando a relação acontece de surpresa.	06%	03%	05%
Não precisa ter penetração no ato sexual.***	16%	08%	12%
Consumiu álcool antes de transar.	28%	38%	33%
Consumiu drogas antes de transar.	05%	10%	08%

*** P < .05, Qui-Quadrado Pearson, grupo de homens *versus* mulheres.

¹²⁶ Paiva (1996).

A análise que se segue refere-se apenas aos jovens que tiveram prática sexual nos últimos 6 meses (200 pessoas). Segundo o gráfico 1, nos últimos 6 meses, 67% teve apenas parceiros regulares (n=127), 12% teve apenas parceiros casuais (n=22) e 21% teve parceiros regulares e casuais (n=40). A maioria das mulheres (80%) teve relações sexuais apenas com parceiros regulares, enquanto que maior quantidade de homens teve com parceiros regulares e casuais.

Gráfico 1: Tipo de parceria sexual nos últimos 6 meses, na 1ª coleta de dados (n = 200).

Quanto ao tipo de relacionamento com os **parceiros regulares**, em 58% dos casos era um namoro, em 26% era um caso, em 10% era um casamento e em 6% moravam juntos. Observamos que uma quantidade significativamente maior de homens tinha um caso e que maior quantidade de mulheres era casada. Com relação à fidelidade, observamos que 56% acreditava que o parceiro só transava com ele(a), 7% achava que o parceiro transava com mais gente e 37% tinha dúvidas em relação à fidelidade do parceiro.

Cerca de 4% manteve relações com pessoas do mesmo sexo nos últimos 6 meses (4 homens e 3 mulheres). O fator de maior importância para o estudo era a adoção de práticas preventivas, independentemente da opção sexual. Por esse motivo, e também por se tratar de uma amostra muito pequena, esses dados foram analisados conjuntamente com o restante.

Com relação às práticas sexuais com **parceiro regular** nos últimos 6 meses, observamos que 7% dos entrevistados não tiveram penetração vaginal, 26% usou camisinha em todas as vezes e 67% teve penetração sem usar camisinha. Com relação ao sexo anal, 75% não teve penetração anal, 10% nunca usou camisinha e 15% não usou em todas as relações. No total, 70% dos jovens que tiveram **parceiros regulares** nos últimos 6 meses tiveram relações sexuais com risco¹²⁷.

¹²⁷ Essa variável foi composta com os dados das relações sexuais com penetração vaginal e anal do “*baseline*”.

Gráfico 2: Uso de camisinha nas relações vaginais com parceiros regulares, nos últimos 6 meses, na 1ª coleta de dados. (n=167)

Gráfico 3: Uso de camisinha nas relações anais, com parceiros regulares, nos últimos 6 meses, na 1ª coleta de dados. (n=167)

As próximas questões se referem apenas aos entrevistados que tiveram prática sexual nos últimos 6 meses com **parceiros casuais** (62 pessoas, 20% da amostra). Como podemos observar, estes jovens mantiveram práticas sexuais arriscadas em relação ao HIV com seus **parceiros casuais**. Um total de 56% dos entrevistados tiveram penetração vaginal com risco e 13%, penetração anal com risco com esses parceiros.

Gráfico 4: Uso de camisinha nas relações vaginais com parceiros casuais, nos últimos 6 meses, na 1ª coleta de dados. (n=62)

Grafico 5: Uso de camisinha nas relações anais com parceiros casuais, nos últimos 6 meses, na 1ª coleta de dados. (n=62)

Compondo todos os dados obtidos sobre o risco sexual para infecção pelo HIV observamos, na tabela 13, que 67% dos jovens tiveram relações sexuais de risco, sendo que 70% dos jovens que tiveram parceiros regulares e 64% dos jovens que tiveram parceiros casuais não utilizaram o preservativo. Realizamos um cruzamento da variável risco sexual com a questão sobre fidelidade¹²⁸, e verificamos que 36% de nossa amostra (n=200 jovens que tiveram relações sexuais nos últimos 6 meses) teve relações de risco com parceiros que eles julgavam não serem monogâmicos.

Tabela 13. Porcentagem de homens e mulheres que mantiveram relações sexuais arriscadas, na 1ª coleta de dados.

	% Homens	% Mulheres	% Total
Risco sexual (n=200)	64	69	67
Risco Parc.regulares (n=167)	73	66	70
Risco Parc.casuais (n=62)	67	63	64
Risco Parc. não monogâmicos (n=200)	32	40	36

4.1.11) Motivos para o não uso do preservativo¹²⁹:

Observando a tabela abaixo, verificamos que o principal fator para o não uso da camisinha foi o fato de conhecer o parceiro (81%), e que o motivo menos importante para estes jovens foi a realização do teste HIV(16%). O fato de não usarem o preservativo porque utilizavam outro método contraceptivo (61%) demonstra uma maior preocupação com a gravidez do que com a AIDS, o que confirmou as afirmações obtidas durante as intervenções. A gravidez estaria em

¹²⁸ Q21 - Pensando no seu parceiro regular: 1. Ele só transa comigo, 2. Ele transa com mais gente além de mim, 3. Não sei se ele transa com mais gente além de mim.

¹²⁹ Dados retirados do questionário: q371 a q3712

primeiro lugar, pois seria algo mais imediato, que estaria mais próximo, um “perigo iminente”; a AIDS não, pois está mais longe e é invisível.

Muitas vezes eles não tinham o preservativo à disposição (59%) na hora do sexo. Durante as oficinas observamos que poucos deles carregavam camisinha consigo, especialmente entre as mulheres - pois, como vimos anteriormente, carregar camisinha era sinônimo de estar disponível para qualquer um. A paixão (51%) também foi um fator importante para o não uso do preservativo, ou o excesso de “tesão” (45%), pois não existia espaço para refletir sobre os seus atos. Boa parte dos jovens afirmou que a camisinha fazia perder o tesão (27%) e que não gostava de usar (51%). A dificuldade na negociação (23%), fator bastante discutido durante as intervenções, foi um motivo significativamente mais citado pelas mulheres do que pelos homens. O fato de ter consumido algum tipo de droga (21%) foi um motivo menos citado para a não utilização do preservativo, mas verificamos que os homens tenderam a usar menos o preservativo devido a este motivo do que as mulheres.

Tabela 14. Porcentagem dos motivos para a não utilização do preservativo, de homens e mulheres, na 1ª coleta de dados.

Não usei camisinha pois	Concordância		
	Mulheres (n=163)	Homens (n=141)	Total (304)
Conhecia o(a) parceiro(a).	77%	84%	81%
Usava outro método contraceptivo.	65%	57%	61%
Não tinha preservativo na hora	53%	66%	59%
Achou que o(a) parceiro(a) não tinha AIDS.	55%	53%	54%
Estava apaixonado(a) pela pessoa.	58%	43%	51%
Nunca usou e não tinha razão para usar naquele momento.	58%	43%	51%
Estava com muito tesão.	43%	48%	45%
Não gosta de usar.	53%	48%	51%
Faz perder o tesão.	33%	20%	27%
Foi difícil convencer o(a) parceiro(a).***	30%	14%	23%
Tinha bebido e/ou estava chapado(a).***	12%	32%	21%
Fizemos o teste e não temos AIDS.	18%	15%	16%

*** P < .05, Qui-Quadrado Pearson, grupo de homens *versus* mulheres.

4.1.12) Conversar sobre sexo/AIDS com parceiros¹³⁰:

Observamos que 25% desses jovens sempre conversavam sobre o uso de camisinha com os parceiros e 28%, na maioria das vezes. Verificamos que 30% dos jovens conversavam sempre sobre como evitar AIDS e 24%, na maioria das vezes. Com relação ao teste da AIDS, apenas 12% conversava sempre com os parceiros e 9%, na maioria das vezes. A contracepção foi mais discutida pelos casais do que a AIDS: 37% conversou sempre sobre como e quando evitar filhos e 27%, na maioria das vezes; 28% dos jovens conversavam sempre sobre como e quando ter filhos e 20%, na maioria das vezes. Observamos que 33% conversava sempre sobre infidelidade e 24%, na maioria das vezes. Maior quantidade de mulheres conversa sobre a realização do teste HIV do que homens. Vale ressaltar que o prazer no sexo é mais conversado entre parceiros (40%) do que entre amigos(19%), e o mesmo ocorre na discussão sobre a contracepção entre os parceiros (37%) e os amigos (29%). Nas demais questões não observamos diferenças muito grandes.

Tabela 15. Porcentagem de capacidade de conversar sobre sexo e AIDS com os parceiros sexuais, na 1ª coleta de dados (200 estudantes que tiveram parceiros nos últimos 6 meses).

Conversam sobre	Mulheres (n=96)	Homens (n=104)	Total (200)
Uso de camisinha			
Sempre	24%	25%	25%
Na maioria das vezes	25%	30%	28%
Como evitar AIDS			
Sempre	32%	27%	30%
Na maioria das vezes	22%	25%	24%
Prazer no sexo			
Sempre	37%	42%	39%
Na maioria das vezes	29%	37%	33%
Como evitar filhos			
Sempre	40%	34%	37%
Na maioria das vezes	24%	30%	27%
Quando ter filhos			
Sempre	33%	22%	28%
Na maioria das vezes	19%	21%	20%
Fazer o teste HIV ***			
Sempre	17%	06%	12%
Na maioria das vezes	12%	05%	09%
Fidelidade e infidelidade			
Sempre	38%	28%	33%
Na maioria das vezes	21%	26%	24%

*** P < .05, Qui-Quadrado Pearson, grupo de homens *versus* mulheres.

¹³⁰ Dados retirados do questionário: q461 a q467

4.1.13) Capacidade de negociação sexual e uso de preservativo¹³¹:

Com relação à negociação do prazer na relação sexual, observamos que 46% dos jovens afirmaram que não têm vergonha de dizer o que gostam e o que não gostam numa transa, e 49% deles afirmaram que nunca faziam coisas de que não gostavam, mesmo que o parceiro pedisse. Maior quantidade de homens concordou que não tinha vergonha de falar sobre as práticas sexuais que mais lhe agradavam. Observamos que 29% dos entrevistados afirmaram que não tinham o poder de decisão sobre o que fazer e como fazer durante o ato sexual.

Com relação à negociação do sexo seguro, 44% dos jovens afirmaram que não transariam com o parceiro se não usasse camisinha, e 62% disse que seria capaz de usar camisinha com todos os seus parceiros sexuais - embora sejam dados discordantes com a prática sexual vivida por estes jovens.

Tabela 16. Porcentagem da capacidade de negociação sexual e prevenção de homens e mulheres, na 1ª coleta de dados (n= 200).

Afirmações	Concordância		Total (200)
	Mulheres (n=96)	Homens (n=104)	
Não tenho vergonha de falar do que gosto numa transa***	37%	53%	46%
Nunca faço coisas que não gosto, mesmo que o parceiro me peça.	55%	42%	49%
Nunca sou eu quem decide o que fazer e como fazer durante a relação sexual.	34%	25%	29%
Não transaria se meu parceiro não quisesse usar camisinha.	38%	49%	44%
Eu sou capaz de usar camisinha com todos os meus parceiros.	66%	59%	62%

*** P < .05, Qui-Quadrado Pearson, grupo de homens *versus* mulheres.

4.1.14) Compromisso com o sexo seguro¹³²:

Observamos que existe um discurso de “preocupação com a AIDS e com a prevenção”. Boa parte dos jovens afirmaram que iriam usar camisinha com todos os seus parceiros sexuais (67%), 30% disse que iria usar apenas com os parceiros que não conhecesse bem e 3% afirmou que nunca iria usar. Não foram observadas diferenças significativas entre homens e mulheres.

¹³¹ Dados retirados do questionário: q381, q382, q383, q472, q473

Tabela 17. Porcentagem do Compromisso de fazer Sexo Seguro no futuro de homens e mulheres, na 1ª coleta de dados (n= 304).

Quando eu for fazer sexo, eu vou usar camisinha...	Mulheres (n=163)	Homens (n=141)	Total (304)
Nunca	03%	03%	03%
Só com parceiros que não conheço	32%	28%	30%
Com todos os parceiros	65%	69%	67%

4.1.15) Medo do estigma da AIDS¹³³:

53% dos jovens afirmaram que não contariam para os amigos, caso fossem soropositivo, 64% não contaria para as pessoas do seu trabalho e 35% não contaria para o seu dentista. Apenas 15% disse que não contaria para a sua família, apesar de 72% dizer que se sentiria sozinho. Existe ainda um grande medo da reação das pessoas caso soubessem sobre sua soropositividade. A AIDS é encarada por alguns como algo estigmatizante, que degrada o indivíduo, apesar de 83% afirmar que conhece alguém que lhe daria apoio.

A maioria dos jovens (85%) afirmou que não continuaria a transar e namorar. A AIDS afastaria essa possibilidade, mudaria a vida deles. Durante a intervenção, quando trabalhamos este tema, grande parte disse que sua vida mudaria totalmente; falaram sobre o medo de contar para outras pessoas, o medo da rejeição, da discriminação.

Tabela 18. Porcentagem do medo do estigma de ser um portador do HIV de homens e mulheres, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).

Afirmarções	Mulheres (n=163)	Concordância Homens (n=141)	Total (304)
Não contaria para os amigos.	55%	50%	53%
Me sentiria sozinho.	69%	74%	72%
Não contaria para as pessoas do meu trabalho.	62%	67%	64%
Não continuaria a transar e namorar.	88%	82%	85%
Não contaria para o meu dentista.	35%	35%	35%
Não contaria para a minha família.	13%	18%	15%
Conheço alguém que me apoiaria.	86%	78%	83%

¹³² Dados retirados do questionário: q51

¹³³ Dados retirados do questionário: q531 a q537

4.1.16) Teste HIV¹³⁴:

Quanto ao conhecimento do teste HIV, apenas 4% nunca ouviu falar do teste, 31% afirmou que nunca pensou em fazer, 52% já pensou em fazer mas não fez e apenas 13% já fez o teste. Dos jovens que já fizeram o teste, 59% fez apenas 1 vez, 18% duas vezes e 24% de 3 a 10 vezes. Nenhum dos estudantes afirmou ter obtido o resultado positivo (95%), mas 5% não respondeu esta pergunta. Observamos que existe muita dificuldade em fazer o teste. Após nossas intervenções, oferecemos a estes jovens a possibilidade de fazer o teste de forma voluntária e totalmente sigilosa. No total, apenas 20 alunos foram fazer o teste, sendo que nenhum deles era soropositivo¹³⁵.

Tabela 19. Porcentagem de homens e mulheres sobre a realização do teste HIV, na 1ª coleta de dados (304 estudantes).

Afirmarções	Mulheres (n=163)	Concordância Homens (n=141)	Total (304)
Nunca ouvi falar do teste.	02%	06%	04%
Nunca pensei em fazer o teste.	32%	29%	31%
Já pensei em fazer o teste.	51%	53%	52%
Já fiz o teste.	14%	12%	13%

4.2. Comparação entre grupo controle e intervenção na segunda onda de coleta de dados:

4.2.1) Conhecimentos sobre HIV/AIDS:

Não foi possível construir uma escala que avaliasse o grau de informações sobre o HIV, pois as respostas dadas às questões não tiveram uma boa consistência interna. Analisando as questões referentes ao conhecimento sobre HIV/AIDS¹³⁶ separadamente, verificamos que não houve mudança significativa para nenhum dos grupos.

¹³⁴ Dados retirados do questionário: q54, q55, q56

¹³⁵ Na segunda onda, uma pessoa afirmou que era soropositiva (1 em 44 que já tinham feito o teste). E na terceira onda verificamos que outro jovem afirmou ser soropositivo (2 em 20 que já haviam feito o teste).

4.2.2) Percepção de risco:

Não foi possível construir uma escala para percepção de risco. Analisando as questões¹³⁷ separadamente, verificamos que não houve mudança significativa na percepção de risco.

4.2.3) Adesão às tradicionais normas de gênero:

Com relação à escala construída para medir as mudanças referentes a adesão às tradicionais normas de gênero, não houve mudança significativa para o grupo de intervenção comparado ao grupo controle. Verificamos uma média baixa para esta escala, o que demonstra uma adesão pequena às tradicionais regras de gênero.

Analisando separadamente as questões referentes a essa variável¹³⁸, verificamos uma alteração significativa no grupo controle masculino, que apresentou uma menor adesão às regras tradicionais de gênero na questão sobre o cuidado dos filhos ser tarefa da mulher. As mulheres apresentaram uma mudança significativa, discordando mais das afirmações de que as mulheres deveriam pensar mais nas conseqüências do sexo e de que o sustento da casa seria tarefa do homem - mas o grupo controle teve uma mudança maior do que o grupo intervenção.

Tabela 20: Média dos grupos Controle e Intervenção para Homens em questões nas quais houve mudança significativa entre a primeira e segunda ondas de questionários

Questão		Controle	Intervenção	Sig.F
A responsabilidade de evitar filhos é da mulher.	1ª onda	1,52	1,80	0.018
	2ª onda	1,36 **	1,81	

** maior mudança significativa, ANOVA test.

obs: questão graduada de 1 a 4.

Tabela 21: Média dos grupos Controle e Intervenção para Mulheres em questões nas quais houve mudança significativa entre a primeira e segunda ondas de questionários.

Questão		Controle	Intervenção	Sig.F
O sustento da casa é tarefa do homem.	1ª onda	2,21	2,77	0.01
	2ª onda	1,90**	2,62	
A mulher deve pensar mais nas conseqüências do sexo do que o homem.	1ª onda	2,20	2,71	0.036
	2ª onda	1,90**	2,48	

** Maior mudança significativa, ANOVA test

obs: questão graduada de 1 a 4.

¹³⁶ Dados retirados do questionário: q491, q492, q522, q524, q526, q527, q529, q5210, q5212.

¹³⁷ Dados retirados do questionário: q493, q494, q521, q523, q5211.

¹³⁸ Dados retirados do questionário: q141 a q148.

4.2.4) Crença nos grupos de risco:

Com relação à escala construída, não houve mudança significativa para o grupo de intervenção, comparado ao grupo controle. Verificamos que as médias são bastante baixas na primeira onda, o que significa que esses jovens não acreditam que a AIDS esteja restrita aos grupo de riscos, ou seja, homossexuais, prostitutas e usuários de drogas. As questões¹³⁹ foram testadas individualmente e também não encontramos mudanças significativas.

4.2.5) Percepção de eficácia do *self*:

Não foi possível construir uma escala de eficácia do *self*. Analisando as questões referentes à eficácia do *self*¹⁴⁰ separadamente, verificamos que houve mudanças significativas apenas entre os homens. Os rapazes do grupo intervenção passaram a se sentir mais vulneráveis e menos capazes de se proteger do HIV.

Tabela 22: Média dos grupos Controle e Intervenção entre homens, para questões da percepção de eficácia do *self*, na primeira e segunda ondas de questionários.

Questão		Controle	Intervenção	Sig.F
Eu não sou capaz de me proteger do vírus da AIDS.	1ª onda	3,39	2,21	0.014
	2ª onda	3,39	2,93*	
Se o meu destino for pegar AIDS, não adianta fazer nada que eu pego.	1ª onda	3,45	3,51	0.026
	2ª onda	3,67	3,36**	

** mudança significativa, ANOVA test, * sig. F=0.014, **sig.F=0.026
obs: questão graduada de 1 a 4 (concordo para discordo)

4.2.6) Conversar com amigos sobre AIDS/sexualidade:

Com relação à escala construída, não houve mudança significativa para o grupo de intervenção, comparado ao grupo controle, em ambos os gêneros. As médias dos grupos na 1ª onda demonstram que esses jovens costumam conversar sobre sexo e AIDS com seus amigos.

Analisando as questões referentes a essa variável¹⁴¹ separadamente, observamos que o grupo intervenção feminino passou a falar mais sobre o teste HIV com os amigos. Na primeira onda a média é relativamente baixa, demonstrando que

¹³⁹ Dados retirados do questionário: q155, q525 e q528.

¹⁴⁰ Dados retirados do questionário: q471, q473 e q476.

¹⁴¹ Dados retirados do questionário: q451 a q457.

elas quase não falavam sobre o teste HIV com os amigos e que, após as intervenções, esse passou a ser um tema de suas conversas.

Tabela 23: Média dos grupos Controle e Intervenção das mulheres na primeira e segunda ondas de questionários.

Questão		Controle	Intervenção	Sig.F
Converso com meus amigos sobre fazer o teste HIV.	1ª onda	2,00	1,65	0.01
	2ª onda	1,98	2,28**	

** Maior mudança significativa, ANOVA test.

obs: questão graduada de 1 a 4 (nunca para sempre)

4.2.7) Apoio social para o uso do preservativo:

Com relação à escala construída, não houve mudança significativa para o grupo de intervenção, comparado ao grupo controle, ou seja, os jovens afirmaram que o incentivo ao uso do preservativo e sua utilização por parte dos amigos não mudou. Analisamos as questões referentes ao apoio social para uso do preservativo¹⁴² separadamente e também não encontramos mudanças significativas.

4.2.8) Crenças sobre o uso do preservativo:

Não encontramos diferenças estatisticamente significativas na escala de crenças sobre o uso do preservativo. Analisando as questões referentes a essa variável¹⁴³ separadamente, verificamos que as mulheres do grupo intervenção passaram a ter mais confiança em que o preservativo é seguro, que utilizá-lo poderia prevenir a infecção pelo HIV e que não é difícil colocá-lo.

Tabela 24: Média dos grupos Controle e Intervenção das mulheres na primeira e segunda ondas de questionários.

Questão		Controle	Intervenção	Sig.F
As camisinhas são seguras, pois não estouram com facilidade.	1ª onda	2,32	2,50	0.012
	2ª onda	2,67	3,13**	
Usando sempre camisinha eu não vou pegar AIDS pela relação sexual.	1ª onda	3,11	3,08	0.007
	2ª onda	2,93	3,39**	
A camisinha é fácil de colocar.	1ª onda	3,26	3,11	0.038
	2ª onda	3,34	3,62**	

** Maior mudança significativa, ANOVA test

obs: questão graduada de 1 a 4 (discordo para concordo)

¹⁴² Dados retirados do questionário: q481 a q485.

¹⁴³ Dados retirados do questionário: q474, q475, q477, q501 à q509.

4.2.9) Atitudes e práticas sexuais:

Verificamos que maior quantidade de mulheres do grupo intervenção passou a ter parceiros regulares ao invés de parceiros casuais, e maior quantidade de mulheres do grupo controle passou a ter parceiros regulares e casuais. As médias do grupo intervenção diminuíram e as do grupo controle subiram. Demonstraremos este resultado através de uma tabela de cruzamento das duas coletas de dados de forma a facilitar a visualização do resultado.

Tabela 25. Tipo de parceria entre as mulheres do grupo controle e intervenção, nas duas primeiras ondas de questionários.

Grupo/Tipo de Parceria	1ª Onda	2ª Onda	Sig.F
Grupo Intervenção			
Parceiro Regular	80%	97% **	0.019
Parceiro Casual	05%	-	
Parceiro Regular e Casual	15%	03%	
Grupo Controle			
Parceiro Regular	83%	75%	0.028
Parceiro Casual	06%	-	
Parceiro Regular e Casual	10%	25%**	

** mudanças significativas de tipo de parcerias, ANOVA test

Com relação ao uso de preservativo com parceiro regular, obtivemos diferenças significativas apenas no grupo de mulheres. Após as intervenções, as mulheres diminuíram a prática de sexo anal sem preservativo. Não encontramos nenhuma diferença significativa entre os grupos controle e intervenção no grupo de homens.

Com os parceiros casuais, as mulheres do grupo intervenção passaram a não ter relações sexuais arriscadas após a participação nas oficinas, especialmente nas relações vaginais com esses parceiros. Conforme a tabela 31 demonstra, a média do grupo intervenção caiu para zero, ou seja, nenhuma mulher teve relação sexual de risco com parceiros casuais. Nas relações vaginais a média caiu de 0,25 para 0,03. As mulheres também diminuíram o risco com seus parceiros não monogâmicos, ou seja, passaram a utilizar mais o preservativo com parceiros dos quais elas desconfiavam ou que não sabiam se eram infiéis. Não houve mudança significativa no grupo masculino para qualquer das variáveis de uso do preservativo nas relações sexuais.

Tabela 26: Média dos grupos Controle e Intervenção de mulheres, para uso de camisinha nas relações sexuais, na primeira e segunda ondas de questionários.

Tipo de parceria	Controle		Intervenção		Sig.F
Risco nas relações anais com parceiro regular.	1ª onda	0,42	1ª onda	0,46	0.019
	2ª onda	0,37	2ª onda	0,38**	
Risco com parceiros casuais	1ª onda	0,67	1ª onda	0,09	0.028
	2ª onda	0,67	2ª onda	0,00**	
Risco nas relações vaginais com parceiros casuais	1ª onda	0,20	1ª onda	0,25	0.050
	2ª onda	0,17	2ª onda	0,03**	
Risco nas relações com parceiros não monogâmicos	1ª onda	0,14	1ª onda	0,23	0.032
	2ª onda	0,24	2ª onda	0,13**	

** Maior mudança significativa, ANOVA test

Encontramos diferenças significativas no grupo feminino com relação às relações sexuais após ter bebido. O grupo intervenção diminuiu a frequência de relações sexuais após ter consumido bebida alcoólica. Não houve mudança significativa para o grupo masculino.

Tabela 27: Média dos grupos Controle e Intervenção das mulheres na primeira e segunda ondas de questionários.

Questão	Controle		Intervenção		Sig.F
Tranco logo depois de ficar zozzo (alto, ligado) por tomar bebida alcoólica.	1ª onda	1,21	1,40	1,06**	0.036
	2ª onda	1,16			

** Maior mudança significativa, ANOVA test.

obs: questão graduada de 1 a 4.

4.2.10) Motivos relatados para a não utilização do preservativo:

Consideramos cada questão pertencente a esta variável individualmente, pois os motivos para a não utilização do preservativo são únicos e devem ser considerados individualmente. Analisando as questões referentes aos motivos para não utilização do preservativo¹⁴⁴ separadamente, verificamos que houve mudanças significativas para as mulheres do grupo intervenção, que passaram a concordar mais sobre não terem usado por conhecerem o parceiro e por estarem apaixonadas pela pessoa.

¹⁴⁴ Dados retirados do questionário: q371 a 3712.

Tabela 28: Média dos grupos Controle e Intervenção entre as mulheres, para os motivos de não utilização do preservativo, na primeira e segunda ondas de questionários.

Questão		Controle	Intervenção	Sig.F
Não usei pois conhecia o parceiro.	1ª onda	2,96	2,89	0.026
	2ª onda	2,80	3,47**	
Não usei pois estava apaixonada pela pessoa.	1ª onda	2,18	2,39	0.010
	2ª onda	1,65	2,89**	

** mudança significativa, ANOVA test.

obs: questão graduada de 1 a 4.

No grupo masculino, observamos mudanças na questão referente à não utilização do preservativo por não ter nenhum no momento da relação sexual. A tabela 34 demonstra que os homens do grupo de intervenção passaram a afirmar menos que este seria um motivo para não usar o preservativo.

Tabela 29: Média dos grupos Controle e Intervenção entre homens, para os motivos de não utilização do preservativo, na primeira e segunda ondas de questionários.

Questão		Controle	Intervenção	Sig.F
Não usei pois não tinha camisinha na hora.	1ª onda	1,35	2,25	0.042
	2ª onda	1,38	1,93**	

** mudança significativa, ANOVA test.

obs: questão graduada de 1 a 4.

4.2.11) Conversar sobre sexo/AIDS com parceiros:

Com relação à escala construída, houve mudança significativa entre as mulheres. A média do grupo intervenção aumentou, o que indica um aumento na capacidade de falar sobre sexo e AIDS dessas mulheres. Não foram encontradas mudanças significativas no grupo masculino. As médias de ambos os grupos, de homens e mulheres, são relativamente altas, o que indica que esses jovens conversam com certa frequência sobre tais assuntos com seus parceiros.

Tabela 30. Média dos grupos Controle e Intervenção de homens e mulheres, para a escala Conversar sobre sexualidade/AIDS com parceiros, na primeira e segunda ondas de questionários.

	Mulheres		Homens	
	Controle	Intervenção	Controle	Intervenção
Primeira Onda	20,41	18,09	18,45	18,54
Segunda Onda	19,85	20,98**	18,18	17,27

** mudança significativa, ANOVA test, sig. F=0.14.

obs: escala de 7 a 28.

Analisando essas questões¹⁴⁵ separadamente, verificamos que as mudanças ocorridas entre as mulheres do grupo intervenção foram nas questões referentes a conversar sobre como evitar AIDS e sobre como e quando evitar filhos. As médias subiram em ambos os casos para o grupo que passou pelas intervenções.

Tabela 31: Média dos grupos Controle e Intervenção entre mulheres, para as questões sobre Conversar com os parceiros sexuais, na primeira e segunda ondas de questionários.

Conversamos com o parceiro		Controle	Intervenção	Sig.F
Como evitar AIDS.	1ª onda	2,92	2,72	0.01
	2ª onda	2,71	3,17**	
Como e quando ter filhos.	1ª onda	3,12	2,82	0,035
	2ª onda	3,07	3,39**	

** mudança significativa, ANOVA test.

obs: questão graduada de 1 a 4

4.2.12) Capacidade de negociação sexual e uso de preservativo:

Não foi possível construir a escala de negociação. Analisamos as questões¹⁴⁶ separadamente e observamos que as mulheres do grupo intervenção aumentaram seu poder de decisão sobre o que fazer e como fazer durante a relação sexual. Não encontramos mudanças significativas entre os homens.

Tabela 32. Média dos grupos Controle e Intervenção entre mulheres, para as questões sobre Negociação, na primeira e segunda ondas de questionários.

Questão		Controle	Intervenção	Sig.F
Quando tenho relações sexuais, eu sou a pessoa que decide o que fazemos e como fazemos.	1ª onda	1,78	1,93	0.044
	2ª onda	1,73	2,17**	

** mudança significativa, ANOVA test.

obs: questão graduada de 1 a 4.

¹⁴⁵ Dados retirados do questionário: q461 a 467.

¹⁴⁶ Dados retirados do questionário: q381, q382, q383, q472, q473.

4.2.13) Medo do Estigma da AIDS:

Com relação à escala construída, não houve mudança significativa para o grupo de intervenção, comparado ao grupo controle. As médias do grupo demonstram que esses jovens não teriam medo de contar para as pessoas caso fossem soropositivos. Analisando as questões referentes ao medo do estigma da AIDS¹⁴⁷ individualmente também não encontramos diferenças significativas.

4.2.14) Compromisso com Sexo Seguro¹⁴⁸:

Não foram encontradas mudanças significativas com relação ao compromisso de fazer sexo seguro com todos os seus parceiros sexuais após as intervenções.

---

¹⁴⁷ Dados retirados do questionário: q531 a q537.

¹⁴⁸ Dado retirado do questionário: q51.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:

5.1. Conhecimentos sobre HIV/AIDS:

As informações sobre os modos de transmissão do HIV e sua atuação no organismo são importantes para que as pessoas tenham consciência do próprio risco de se infectarem através da manutenção de comportamentos de risco. Mas apenas informação não basta. Segundo Catania¹⁴⁹, o conhecimento das formas de transmissão faz parte do primeiro estágio do ARRM¹⁵⁰, no qual o reconhecimento e definição dos comportamentos de risco acontecem.

O nível de informação dos jovens que participaram desse estudo era alto. Comparando-se com os resultados do projeto de Vera Paiva, realizado entre 1991-1993, onde apenas 23% dos jovens obtiveram 90% de acerto nas questões referentes às informações sobre as formas de transmissão¹⁵¹, houve um aumento de conhecimento que pode ser resultado das campanhas maciça nos meios de comunicação e de contato com materiais educativos, que finalmente começaram a divulgar as principais formas de transmissão.

Ainda assim, verificamos durante as intervenções que os jovens continuavam a ter muitas dúvidas sobre algumas especificidades das formas de transmissão. Eles sabiam que o HIV era transmitido através da relação sexual, do sexo vaginal (88%) e anal (66%). Sabiam que compartilhar agulhas/seringas e/ou usar drogas injetáveis pode ser uma forma de contágio (91%), assim como a transfusão de sangue. No entanto, sabem pouco sobre como podem se contaminar durante a relação sexual, através da troca de fluídos corporais: têm dúvidas quanto ao sexo oral, não sabem exatamente de que forma a contaminação sexual pode ocorrer, ou se a penetração vaginal ou anal (mesmo sem ejaculação) tem risco. Têm dúvidas também sobre o beijo e o uso do banheiro (apenas 23% usaria o mesmo banheiro que uma pessoa soropositiva tivesse usado).

---

¹⁴⁹ Catania et al (1990).

¹⁵⁰ Aids Risk Reduction Model.

¹⁵¹ Paiva (1996), p.129.

Outros estudos¹⁵² também demonstraram que os jovens têm conhecimento das formas de transmissão mas ainda têm conceitos errados, sem diferenças significativas entre os gêneros, com exceção do estudo de Lawrence¹⁵³, onde os homens tinham menos informações do que as mulheres. Inversamente, no estudo de Paiva¹⁵⁴ as mulheres tinham menor grau de informação com relação à transmissão do HIV pelo sêmen.

Em nosso trabalho, observamos uma menor frequência de respostas corretas com relação ao sexo anal e confirmamos que as mulheres apresentaram uma taxa de acerto significativamente menor que a dos homens. Devemos considerar que o sexo anal é uma prática mais desconhecida e proibida para as mulheres. Apenas 11% delas já tiveram esse tipo de prática. Segundo Paiva, "... essa falta de informações detalhadas faz com que eles usem a camisinha na hora errada (depois do que deveriam, no ato sexual), desconsiderem os riscos do sexo anal, especialmente o sexo anal heterossexual confundido com "seguro" porque não engravida."¹⁵⁵

Avaliando o efeito das intervenções, através da análise dos questionários respondidos depois da participação nas oficinas, não encontramos mudanças significativas quanto ao nível de conhecimentos sobre AIDS dos jovens, confirmando resultados obtidos por Newman¹⁵⁶. O autor propõe que as intervenções educativas devem ter uma abordagem mais extensiva para proporcionar mudanças significativas no nível de conhecimento dos jovens.

No caso do nosso projeto, os estudantes tinham um bom nível de informações sobre as formas de transmissão antes das intervenções. Níveis de conhecimento mais baixos foram obtidos nas questões sobre transmissão através do contato com pessoas soropositivas. Isso demonstra que mesmo as informações proporcionadas durante as intervenções, sobre a impossibilidade de contrair o HIV através do contato pessoal com um soropositivo, não foram suficientes para "desconstruir" a crença sobre o risco nesse tipo de contato.

---

¹⁵² Kipke et al (1993), Kalichman et al (1997), Ashworth et al (1992), Pattullo et al (1994), Newman et al (1993).

¹⁵³ Lawrence et al (1995).

¹⁵⁴ Paiva (1996).

¹⁵⁵ Paiva (1996), p.131.

¹⁵⁶ Newman et al (1993).

Outros estudos¹⁵⁷ observaram um aumento no nível de informação sobre HIV/AIDS, indicando a possibilidade de mudanças através da realização de programas mais específicos, trabalhando as fantasias sobre as formas de contaminação através do contato com portadores ou doentes de AIDS.

5.2. Percepção de risco:

Vários autores afirmaram que apenas as informações não são suficientes para a adoção de sexo seguro¹⁵⁸. Os jovens também devem ter a percepção do próprio risco em contrair o HIV. Até surgir o Modelo de Redução de Risco de AIDS nenhum estudo na área de prevenção em AIDS tinha “examinado a importância da percepção de risco para o processo de rotular comportamentos como problemas de saúde”¹⁵⁹. Desta forma, sem a percepção de que os próprios comportamentos estariam colocando a pessoa em risco, não haveria a mudança de comportamento.

Neste estudo verificamos que o nível de percepção do risco pessoal em contrair o HIV dos estudantes era baixo. Poucos consideraram que poderiam ter o HIV, mesmo aqueles que não tinham utilizado o preservativo em suas relações sexuais. O risco de contrair o HIV é hipotético, distante, algo “invisível”, que estaria associado aos grupos de risco. A AIDS pode ser um risco, mas no futuro. Durante as oficinas, muitos rapazes relatavam que o risco estava na garota que estava na rua, a “galinha”, que transava com várias pessoas. A namorada estava a salvo, era vista como fora de risco. Para as meninas, o risco da gravidez era mais iminente, algo que elas mesmas deveriam ter responsabilidade de evitar senão sofreriam as conseqüências de “pegar” uma gravidez. Contrair AIDS era algo distante.

Resultados parecidos foram obtidos no estudo anterior, onde Paiva¹⁶⁰ verificou que 60% dos jovens que participaram de sua pesquisa concordaram que a AIDS não tinha nada a ver com a vida deles, indicando uma baixa percepção de risco, mas quase metade dos jovens afirmaram ter chances de pegar AIDS no futuro. Ela encontrou uma associação da percepção de vulnerabilidade com menor

¹⁵⁷ Kalichman et al (1997); Lawrence et al (1995); Aplasca et al (1995); Cáceres et al (1994); Bellingham & Gillies (1993); Ashworth et al (1992).

¹⁵⁸ Bellingham & Gilles (1993); Kipke et al (1993); Ashworth et al (1992); Siegel et al (1995); Aplasca et al (1995); Kuhn et al (1994).

¹⁵⁹ Catania et al (1990), p.58.

¹⁶⁰ Paiva (1996), p.124.

preconceito com relação aos grupos de risco. No estudo de Gladis¹⁶¹, o nível de percepção de risco de jovens da cidade de Nova York também era baixo, mas em um estudo mais recente, de Guttmacher¹⁶², foram obtidos níveis de percepção de risco mais altos, o que indica que pode ser modificado ao longo do tempo.

Outros estudos têm demonstrado a baixa percepção de risco de jovens¹⁶³. Diferenças entre os gêneros têm sido relatadas, mas em nosso estudo não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres. No estudo de Paiva¹⁶⁴ e no de Gladis¹⁶⁵, um número maior de homens considerou que teria chance de ter o vírus da AIDS. Opostamente, Lear¹⁶⁶ descreve resultados de sua pesquisa qualitativa onde os homens têm uma percepção menor do risco e tendem a não questionar seus parceiros sobre sua vida sexual. A autora afirma que os homens “usam a aparência mais freqüentemente do que as mulheres para avaliar a sua parceira em potencial”. Outros autores¹⁶⁷ também descrevem diferenças significativas, onde as mulheres têm uma maior percepção do risco.

Avaliando o efeito das intervenções, observamos que os estudantes não tiveram mudanças significativas na percepção do risco de contrair o HIV. Resultados similares foram obtidos em outros dois estudos¹⁶⁸, onde os jovens também não aumentaram a sua percepção de risco. Mas em outros estudos¹⁶⁹ foram encontradas mudanças significativas, que não necessariamente estiveram associadas com a adoção de práticas sexuais mais seguras.

5.3. Crença nos grupos de risco:

Apesar do conhecimento das formas de transmissão, os jovens não têm percepção do risco pessoal. Apenas a abordagem da responsabilidade individual, de fatores intrapsíquicos, como coloca Cáceres¹⁷⁰, não é suficiente para interpretar esses resultados, sendo preciso entender a construção social da epidemia da AIDS, que facilita o distanciamento e a negação do risco pessoal.

---

¹⁶¹ Gladis et al (1992).

¹⁶² Guttmacher et al (1995).

¹⁶³ Campbell & Stewart (1992) Newman et al (1993); Lear (1995).

¹⁶⁴ Paiva (1996).

¹⁶⁵ Gladis et al (1992).

¹⁶⁶ Lear (1995), p.1319.

¹⁶⁷ Guttmacher (1995); Newman et al (1993).

¹⁶⁸ O’Leary et al (1996); Siegel et al (1995).

¹⁶⁹ Ashworth et al (1992); Kipke et al (1993); Newman et al (1993).

¹⁷⁰ Cáceres (1998).

Segundo Schiller¹⁷¹, a noção dos grupos de risco contribuiu para a disseminação da idéia de que a AIDS era uma doença relegada a pessoas pertencentes a determinados grupos, que têm comportamentos diferentes, e “essa aproximação cultural do HIV tem impedido os esforços para a prevenção (...) em toda a sociedade.” O autor coloca que em um estudo realizado em *New Jersey*, foram encontradas diversidades no comportamento e normas culturais nos até então denominados grupos de risco. A crença que existe um padrão nesses grupos - por exemplo, uma cultura *gay* - é falsa. A diversidade está presente em todos os grupos sociais e a tendência a distanciar os grupos de risco da população em geral somente contribuiu para a negação do risco entre aqueles que não se identificavam como pertencentes a esses grupos.

Verificamos que os jovens que participaram desse projeto não consideraram a AIDS como uma doença apenas dos grupos de risco, mas ainda uma pequena parcela (cerca de 20%) tem a crença de que apenas homossexuais e prostitutas podem contrair o HIV. Paiva analisa que o preconceito com relação aos grupos de risco é uma barreira para a percepção de risco. “Se não se discute esses estereótipos, mantém-se a perseguição de comportamentos de risco identificados com um conjunto de identidades “promíscuas”, difíceis de serem assumidos como parte da vida deles (...) não se estimula a percepção da vulnerabilidade deles, o risco continua atribuído aos grupos de risco, “Eu não!”.”¹⁷².

No estudo de Campbell¹⁷³ foi comparado o grau de percepção de risco de grupos de usuários de drogas, homossexuais e estudantes universitários e foi concluído que a identidade grupal “afeta a percepção das características dos comportamentos de risco dos pertencentes ao grupo diferentemente da percepção do risco de membros de outros grupos.” Mesmo aqueles pertencentes a grupos que mantêm comportamentos de risco tendem a subestimar o risco desses comportamentos e superestimar o risco de pessoas de grupos diferentes.

Não encontramos mudanças significativas com relação à crença de que a AIDS contamina apenas homossexuais e prostitutas. Não foram encontrados, na bibliografia disponível, estudos de modelos de prevenção de AIDS com jovens que tivessem avaliado mudanças com relação a essa crença nos grupos de risco. Esta é

---

¹⁷¹ Schiller et al (1994),p.1337.

¹⁷² Paiva (1996), p.151.

uma variável importante a ser estudada, pois está associada à percepção de risco em contrair o HIV.

5.4. Medo do Estigma da AIDS:

Além das informações sobre o HIV, a percepção do risco pessoal de contrair o HIV e a crença nos grupos de risco, o ARRM indica como importantes a percepção das conseqüências de se contrair o HIV e o medo da pessoa de ficar estigmatizada em virtude da AIDS. Durante as intervenções, observamos que os jovens associavam a AIDS com a morte, o abandono, a solidão.

Segundo Vasconcellos, “A AIDS foi mistificada. Sua desmistificação só se procederá se aceitarmos, sem pavor, mas com respeito, a morte que ela provoca..”¹⁷⁴ Resultados qualitativos similares, de se associar AIDS com morte, solidão, discriminação, foram encontrados na pesquisa de Paiva¹⁷⁵, mas era visível a diferença nas oficinas realizados em seu projeto e em nosso estudo. A freqüência de associação da AIDS com a prevenção era menor no estudo anterior e, três anos após esse primeiro projeto, o conhecimento dos jovens sobre o preservativo era visivelmente maior. As campanhas na mídia tornaram o preservativo algo menos desconhecido. No início eram campanhas que incutiam medo e pânico, como aponta Paiva.

O centro da cidade, por ser uma região onde os índices de casos de AIDS eram os mais altos no início da epidemia, apresentava um quadro em que muitos desses jovens conheciam portadores ou conheciam histórias de abandono, estigmatização e/ou preconceito, que muitas vezes relatavam durante as intervenções. Observamos que 72% dos jovens afirmaram que se sentiriam sozinhos caso fossem portadores do HIV, e grande parte afirmou que não contaria em seu trabalho e para os amigos.

Após as intervenções, esses resultados não mudaram. Não depende apenas da postura pessoal frente ao HIV, mas da reação do meio social onde o sujeito está inserido. O preconceito estava tão arraigado na comunidade que a realização desse projeto chegou a ser recusada em uma escola, pois um membro estava doente e falecera em decorrência da AIDS. A direção da escola ficou com medo de ficar

---

¹⁷³ Campbell & Stewart (1992).

¹⁷⁴ Vasconcellos (1992).

¹⁷⁵ Paiva (1996).

estigmatizada e de associarem a realização do projeto com a soropositividade do membro da escola.

Uma parcela menor dos jovens afirmou que não contaria para o dentista e para a família. Parece que, quanto maior for a proximidade do relacionamento, mais fácil seria para falar de sua suposta soropositividade. Segundo Catania¹⁷⁶, o medo do estigma da AIDS é um sentimento aversivo e que rotularia os comportamentos de risco como problemáticos. Um grau moderado desse sentimento seria necessário para a decisão de adoção de práticas sexuais mais seguras, mas um alto grau de ansiedade poderia levar a um sentimento de inabilidade para a mudança de comportamento. O medo de contrair AIDS, de ser um portador do HIV e ter que assumir publicamente essa condição, afetaria a percepção de risco. Na bibliografia disponível não foi encontrado nenhum projeto com jovens que analisasse o medo do estigma da AIDS.

5.5 Percepção de eficácia do *self*:

Segundo Catania, outro fator importante para a mudança de comportamento seria a percepção de eficácia do *self*, ou seja, a percepção de que o sujeito seria capaz ter relações sexuais mais seguras com seus parceiros sexuais. Em nosso estudo, 58% dos jovens afirmaram que seriam capazes de se proteger do vírus da AIDS e 64% afirmou que seria capaz de usar camisinha com todos os seus parceiros sexuais. Nos estudos de Dekin¹⁷⁷ e de Basen-Engquist¹⁷⁸, resultados similares foram encontrados com relação à percepção de eficácia do *self* para se prevenir frente ao HIV.

Durante as intervenções, observamos que muitos dos jovens tinham a percepção de que seriam capazes de se prevenir da AIDS, ou de que não teriam práticas sexuais arriscadas que os colocassem em risco. Mas, frente a determinadas situações, parecia que a segurança diminuía: diante das dificuldades de negociação da camisinha com o parceiro a eficácia do *self* era menor. Por exemplo, em situações onde o parceiro se recusava a utilizar a camisinha e a afetividade estava envolvida, ou em relações sexuais que aconteciam em locais e momentos inesperados. Segundo Paiva¹⁷⁹, os cenários onde as relações sexuais acontecem e os “roteiros (scripts) sexuais” em que somos socializados são determinantes para a prevenção da AIDS.

---

¹⁷⁶ Catania et al (1990).

¹⁷⁷ Dekin, (1996).

¹⁷⁸ Basen-Engquist (1994).

¹⁷⁹ Paiva (1996).

Após as intervenções, verificamos que a percepção de eficácia do *self* não mudou entre as mulheres, mas que os rapazes que participaram das oficinas passaram a se sentir mais vulneráveis ao HIV. Resultados em outras pesquisas variam com relação aos efeitos de intervenções na percepção de eficácia do *self*. No estudo de Kipke¹⁸⁰ não foram encontradas mudanças significativas na percepção de eficácia do *self* entre os jovens que participaram de intervenções. Alguns estudos¹⁸¹ demonstraram o aumento na percepção da eficácia do *self*, sendo que apenas no estudo de Cáceres as mulheres tiveram um maior aumento significativo em relação aos homens.

Outro estudo¹⁸² descreveu que entre as mulheres diminuiu a percepção de eficácia do *self*. As tradicionais normas de gênero, segundo Paiva¹⁸³, influenciariam na construção da sexualidade e determinariam que os homens deveriam ter mais conhecimentos sobre sexo do que as mulheres. Estariam menos abertos para perceber suas falhas e sua vulnerabilidade. Com as intervenções, passaram a ver e assumir sua incapacidade para se prevenir, por não usar o preservativo com suas(seus) parceiras(os).

Como veremos a seguir, os homens não aumentaram a utilização de camisinha durante suas relações sexuais, mas ao menos passaram a assumir que isso seria um fator de risco, que não se sentiam capazes de se prevenir da infecção pelo HIV.

A epidemia da AIDS tem crescido especialmente entre populações de baixa renda¹⁸⁴ e com menor nível de escolaridade¹⁸⁵. Paiva aponta para a vulnerabilidade social dos jovens dessa região da cidade de São Paulo, que têm muitos problemas para enfrentar além da AIDS: o desemprego, a fome, famílias desestruturadas. Diariamente eles têm que lidar com as incapacidades em outras áreas de sua vida e a AIDS é outra delas. Desta forma, a percepção da capacidade ou incapacidade de se prevenir da AIDS não deve ser entendida apenas como um fator individual como o ARRM afirma, mas também como produto das normas de gênero, do contexto sócio-econômico-cultural onde o indivíduo está inserido.

---

¹⁸⁰ Kipke et al (1993).

¹⁸¹ Lawrence et al (1995); Cáceres et al (1994); Basen-Engquist (1994).

¹⁸² O'Leary (1996).

¹⁸³ Paiva (1996).

¹⁸⁴ Kalichman (1994).

¹⁸⁵ *Boletim Epidemiológico de AIDS*. Ano I, nº 2, 2º trimestre de 1997.

5.6. Crenças sobre o uso de preservativo:

O preservativo e sua utilização também acumulam uma série de significações. Vários estudos têm apontado que a camisinha é avaliada negativamente, de forma a atrapalhar a relação sexual, pois é dito dela que diminui o prazer sexual, que é desconfortável ou que interrompe o fluxo natural do “tesão”. “A camisinha causa estranhamento, simboliza acusações. Ao mesmo tempo não é bom interromper o fluxo das paixões, racionalizar sobre os sentimentos no contexto da vida sexual.”¹⁸⁶

Nesse estudo, verificamos que a maioria dos jovens afirmou que o preservativo diminui o prazer e que não pode ser utilizado com prazer, e grande parte afirmou que atrapalha a relação sexual. No estudo de Guttmacher¹⁸⁷ foram observados resultados similares, mas foram encontradas diferenças significativas de gênero. Os rapazes desse estudo tenderam a achar mais do que as mulheres que o preservativo é ruim de ser usado, que afeta o prazer sexual e que atrapalha a relação sexual.

Durante as intervenções, surgiram algumas observações sobre o uso de camisinha, do tipo: “é chupar bala com papel”, “comer banana com casca”, etc. No projeto de Paiva alguns jovens, especialmente as mulheres, nunca tinham pegado em uma camisinha. Em nosso estudo, três anos depois, já era visível que o preservativo era mais presente na vida desses jovens. Mas mesmo comum no cotidiano e nas propagandas de rádio e TV, ainda gerava certa repulsa, e boa parte deles não tinha experiência em colocá-lo.

Observamos que 58% dos jovens afirmaram que a camisinha *não* era nojenta. 32% dos jovens afirmaram que *não* era fácil colocar a camisinha. Segundo Paiva é uma prática que, como outra qualquer, deveria ser treinada para que eles se sentissem mais confortáveis com ela. A habilidade para utilizar o preservativo não aparece do dia para a noite.

Deve-se levar em conta também a dificuldade de acesso ao preservativo. O preservativo nos últimos anos teve uma redução significativa no seu preço, com a isenção dos impostos, mas ainda não é um artigo barato, especialmente para jovens que trabalham para ajudar na renda familiar. Verificamos que apenas 44% dos jovens afirmou que a camisinha era barata e que teriam possibilidade de comprá-la.

---

¹⁸⁶ Paiva (1994).

¹⁸⁷ Guttmacher et al (1995).

Os serviços públicos de saúde ainda carecem de uma distribuição gratuita adequada. Por exemplo, no mês de outubro de 98 foi feito um pedido de preservativos ao centro de Referência e Treinamento em AIDS da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, para um trabalho de intervenção em Itaquera, realizado por um grupo de estagiários do NEPAIDS. A informação obtida foi a de que os preservativos do Programa Estadual de DST/AIDS tinham acabado, até para distribuição nos serviços de saúde, e que dependeria de uma nova remessa do Ministério da Saúde. Em seu estudo, Paiva já tinha apontado para a necessidade de melhorias nesses serviços e dito que o preço da camisinha não a colocava como prioridade em famílias de baixa renda.

Além da dificuldade de acesso ao preservativo por motivos financeiros, durante as intervenções alguns dos jovens relataram a dificuldade gerada pela vergonha de ir comprá-lo. Há alguns anos era difícil comprar um pacote de preservativos em locais que não fossem farmácias. Aos poucos, foi um produto que teve seu mercado ampliado. Aqueles mais envergonhados, atualmente podem comprar em supermercados.

Apesar de grande parte (67%) ter afirmado que não tem vergonha de comprar, alguns deles ainda tinham essa dificuldade. No estudo de Guttmacher¹⁸⁸, resultados similares foram encontrados. Os jovens também se sentiam um pouco envergonhados de comprar o preservativo em farmácias (as mulheres mais que os homens) e a maioria deles achava uma boa idéia ter distribuição de camisinhas na própria escola. A autora relatou a dificuldade maior das garotas de usufruírem do programa de distribuição de preservativos em escolas pelo julgamento feito pelos rapazes da escola. “Uma garota explicou que os garotos esperavam nos corredores e as abordavam assim que saíam da sala. Eles diziam coisas do tipo: Ah, você está transando...”¹⁸⁹

Segundo as tradicionais normas de gênero, as mulheres que têm vida sexual que se torna “visível” estariam disponíveis para qualquer um. Em nosso estudo, uma boa parte dos jovens concordaram que a mulher que carrega camisinha na bolsa está disponível para qualquer um.

---

¹⁸⁸ Guttmacher et al (1995).

¹⁸⁹ Guttmacher et al (1995), p.101.

Observamos que a utilização do preservativo é considerada uma forma eficaz de se prevenir da AIDS neste estudo, onde boa parte (48%) dos jovens afirmou que utilizando camisinha não teria risco de contrair o HIV. Mas ainda não existe uma confiança total no preservativo, pois apenas 15% afirmou que o preservativo era seguro e não estourava com facilidade. Outros estudos têm indicado resultados similares¹⁹⁰. Segundo o Modelo de Redução de Risco de AIDS, a percepção de eficácia das medidas de prevenção é necessária para a redução dos comportamento de risco de infecção pelo HIV e precederia a mudança de comportamento.

Avaliando os efeitos das intervenções nesse projeto, verificamos que apenas as mulheres tiveram mudanças significativas com relação às crenças sobre o uso do preservativo após a participação nas oficinas. Elas passaram a ter mais confiança no uso do preservativo como forma de prevenção de AIDS, acreditando que o preservativo poderia ser usado sem estourar e que não era tão difícil de colocá-lo.

No estudo de Lawrence¹⁹¹, as mulheres também tiveram um aumento significativo da crença na eficácia do preservativo, quanto comparadas com o grupo masculino. O autor sugere que é importante que sejam oferecidos espaços onde os jovens possam treinar suas habilidades para o uso do preservativo. As intervenções tiveram um efeito positivo entre as mulheres, que estavam mais abertas do que os rapazes para aprender algo novo. Como será discutido a seguir, apenas as mulheres tiveram aumentos significativos na utilização do preservativo. Segundo Guttmacher¹⁹², as tradicionais normas de gênero tiveram um impacto nas crenças sobre o uso da camisinha e na sexualidade de forma que muitas diferenças entre homens e mulheres são encontradas nesses contextos.

5.7. Apoio social para o uso do preservativo:

As crença sobre o preservativo e as avaliações sobre seu uso/eficácia podem ser barreiras ou facilitadores para a adoção do seguro mais seguro. Mas também as normas grupais têm muita influência, especialmente entre jovens, que estão em transição entre a adolescência e a idade adulta. Segundo o Modelo de Redução de Risco de AIDS, “o apoio social e as normas do grupo de referência têm considerável

---

¹⁹⁰ Guttmacher et al (1995); O’Leary et al (1996); Lawrence et al (1995).

¹⁹¹ Lawrence et al (1995).

¹⁹² Guttmacher et al (1995).

influência na avaliação dos custos-benefícios e nas crenças de eficácia do *self*.”¹⁹³ Através das trocas de informações e observação dos “pares”, a mudança de comportamento pode ser reforçada.

No estudo de Stiffman¹⁹⁴, o apoio dos amigos contribuiu para a mudança de comportamentos de risco de ser infectado pelo HIV. Segundo a autora, a pressão dos parceiros influencia os comportamentos sexuais e pode levar o indivíduo ao risco de contrair o HIV simplesmente para obter aprovação do grupo de pares. Em nosso estudo, parte dos jovens afirmou que seus amigos usam camisinha com todos seus parceiros sexuais (24%) ou se previnem da AIDS (32%). Apesar desses baixos índices de utilização do preservativo, afirmaram que os amigos dão incentivo para a prevenção de AIDS (77%) e acham que devem usar camisinha para não pegar AIDS. Essas questões avaliaram a percepção dos jovens sobre a adesão de seus pares ao uso do preservativo, que pode ser importante para a própria incorporação de práticas sexuais mais seguras.

Não foi encontrado, na bibliografia disponível, nenhum outro projeto que avaliasse sistematicamente a percepção das normas grupais sobre o uso do preservativo com jovens e o impacto de projetos de intervenção nessa variável. Em nosso estudo, não foram encontradas mudanças significativas no apoio social para uso de camisinha. Segundo Siegel¹⁹⁵, é necessário estudar a influência dos pares e desenvolver intervenções comunitárias mais abrangentes, de forma a influenciar os jovens a adotar as medidas de prevenção de infecção pelo HIV. É necessário criar uma “cultura” do uso do preservativo, como afirma Paiva¹⁹⁶.

5.8. Conversar com amigos e parceiros sobre sexualidade e AIDS:

A comunicação sobre sexualidade e AIDS entre amigos e com os parceiros sexuais é importante para a mudança de comportamento no Modelo de Redução de Risco de AIDS. Segundo Parker¹⁹⁷, os fatores socioculturais são fundamentais na determinação dos comportamentos sexuais, e é necessário conhecer as crenças e práticas sexuais dos grupos para o desenvolvimento de programas de prevenção de

---

¹⁹³ Catania et al (1990), p.61.

¹⁹⁴ Stiffman et al (1995).

¹⁹⁵ Siegel et al (1995).

¹⁹⁶ Paiva (1996).

¹⁹⁷ Parker et al (1995).

AIDS mais efetivos. Segundo Lear¹⁹⁸, “Os amigos atuam como uma importante fonte de informação e apoio para ambos os sexos, provendo preservativos, segurança, um conjunto de conhecimentos e um espaço para falar sobre os problemas. (...) Frequentemente os amigos têm valores e práticas sexuais similares que são reforçadas entre eles.”

Os estudos de Ashworth¹⁹⁹ e Newman²⁰⁰ indicaram que os jovens têm uma alta taxa de comunicação com os pares e com familiares sobre HIV/AIDS. Similarmente, em nosso estudo verificamos que os jovens obtinham muitas informações sobre sexo e AIDS através de seus amigos. Através da análise dos questionários, observamos que boa parte dos jovens conversava com seus amigos sobre sexo, contracepção e prevenção de AIDS, mas poucos conversavam sobre a possibilidade de realizar o teste HIV. A escala construída para medir a comunicação sobre sexualidade/AIDS com os amigos obteve resultados similares aos desses dois estudos citados acima.

Foram encontradas diferenças significativas de gênero no “*baseline*”. As mulheres conversam mais sobre gravidez, contracepção e fidelidade com os amigos. Os homens conversam mais sobre prazer sexual e uso de preservativos com os amigos. Conforme foi discutido no capítulo I, as diferenças de gênero são determinantes de comportamentos e atitudes, socialmente construídos e transmitidos ao longo de gerações.

A diferenciação dos papéis, segundo Paiva²⁰¹, delega à mulher o mundo privado, do lar, da maternidade, da ignorância sobre o sexo, e ao homem o mundo público, do trabalho, da impulsividade, da sabedoria sobre o sexo. Falar sobre relacionamento afetivo, filhos e contracepção é mais frequente entre as mulheres, condizente com as tradicionais normas de gênero. Os homens são “especialistas” em sexo, na busca do prazer, e mais conhecedores da camisinha. Durante as intervenções, os homens falaram mais de suas aventuras sexuais, sendo que as mulheres falaram mais sobre seus namoros e a importância da afetividade na relação sexual.

---

¹⁹⁸ Lear (1995), p.1318.

¹⁹⁹ Ashworth et al (1992).

²⁰⁰ Newman et al (1993).

²⁰¹ Paiva (1996).

Analisando as diferenças pós-intervenção, não foram obtidas mudanças significativas na escala de comunicação sobre sexo/AIDS com os amigos. Analisando cada questão separadamente, verificamos um aumento significativo entre as mulheres, que passaram a conversar mais sobre o teste HIV com os amigos após terem participado das intervenções. Os estudos de Newman²⁰² e Ashworth²⁰³ não indicaram nenhuma mudança significativa pós intervenção na comunicação com amigos sobre HIV/AIDS. Por outro lado, a avaliação qualitativa do estudo de Paiva indica que um grupo de lideranças entre os jovens passou a falar mais sobre suas dificuldades frente à prevenção de AIDS e se tornou multiplicador de informação.

Segundo Lear²⁰⁴, vários fatores contribuem contra a comunicação sexual explícita: os termos médicos descontextualizados, a linguagem coloquial e os eufemismos. A comunicação entre os parceiros não é tão freqüente, segundo a autora, e envolve vários significados simbólicos. Falar de sexo ainda é um tabu, especialmente entre as mulheres, pois as tradicionais regras de gênero impõem uma divisão dos papéis de homens e mulheres, segundo a qual falar de sexo é atribuído ao masculino.²⁰⁵

Segundo o Modelo de Redução de Risco, a comunicação sobre sexo e AIDS entre os parceiros é essencial para a negociação do sexo seguro e adoção do uso de preservativo. Verificamos que grande parte dos jovens que participaram deste projeto falava com seus parceiros sexuais sobre sexo, contracepção, fidelidade. A freqüência relatada de falar sobre uso de camisinha foi um pouco menor, e a de realização do teste HIV foi menor ainda. No estudo de Guttmacher²⁰⁶, a maioria dos jovens falava sobre sexo e AIDS com seus parceiros sexuais.

Avaliando os efeitos das intervenções, verificamos que apenas as mulheres tiveram mudanças significativas, tendo aumentado a comunicação com seus parceiros sexuais. Analisando cada questão separadamente, observamos que elas passaram a falar mais sobre prevenção de AIDS e contracepção com os parceiros. Nos estudos de Kipke²⁰⁷ e Kalichman²⁰⁸ foram encontrados resultados similares, com

---

²⁰² Newman et al (1993).

²⁰³ Ashworth et al (1992).

²⁰⁴ Lear (1995).

²⁰⁵ Paiva (1996).

²⁰⁶ Guttmacher et al (1995).

²⁰⁷ Kipke et al (1993).

²⁰⁸ Kalichman et al (1997).

o aumento na capacidade de comunicação sobre sexo e AIDS com os parceiros sexuais, apesar de não relatarem se houve diferenças entre os gêneros.

Segundo Lear²⁰⁹, os papéis de gênero têm um impacto nas atitudes e comportamentos sexuais. A avaliação qualitativa do estudo de Paiva indicou que as mulheres aprenderam mais sobre contracepção, e que a participação nos grupos possibilitou “o aumento na capacidade de se comunicar em geral sobre sexo”⁶², como pode ser exemplificado com as palavras de uma das participantes: “era muito tímida pra falar dessas coisas, com o exercício da massa tinha que falar, então perdi a vergonha”(sic).²¹⁰

5.9. Capacidade de negociação sexual e uso de preservativo:

A capacidade de comunicação sobre sexo é um fator importante para a habilidade da pessoa de negociar a utilização do preservativo com seus parceiros sexuais²¹¹. Neste estudo, observamos que grande parte dos jovens afirmou que participava das decisões sobre as práticas sexuais no momento da transa e que não tinha práticas sexuais que lhe desagradavam mesmo que o parceiro(a) pedisse.

Segundo o ARRM, as capacidades de comunicação e negociação sobre sexo e AIDS estão relacionadas à percepção de eficácia do *self*. Boa parte dos jovens afirmou que seria capaz de utilizar o preservativo com seus parceiros (62%) e que não teria relações sexuais com parceiros que se recusassem a utilizá-lo (44%). No estudo de Dekin²¹², resultados similares foram encontrados, mas com uma diferenciação de gênero, onde os homens seriam menos capazes de se negar a ter relações sexuais caso a(o) parceira(o) se recusasse a usar o preservativo. No estudo de Guttmacher²¹³, as taxas de capacidade de negociação do sexo seguro obtidas foram mais altas, sem diferenças significativas entre os gêneros.

Como foi visto no capítulo I, a camisinha está permeada por diferentes significações simbólicas. Segundo Lear²¹⁴, o processo de negociação do sexo seguro é complicado por se dar no contexto sexual, e devem-se levar em conta as relações de poder que permeiam as decisões entre os gêneros. Vários autores indicaram que

---

²⁰⁹ Lear (1995).

²¹⁰ Paiva (1996) p.268.

²¹¹ Catania et al (1990).

²¹² Dekin (1996).

²¹³ Guttmacher et al (1995).

²¹⁴ Lear (1995).

pedir o uso de camisinha significa desconfiança e acusação²¹⁵. Levando-se em conta as tradicionais regras de gênero e suas influências na construção dos papéis sexuais, as mulheres têm menos poder no contexto das relações sexuais²¹⁶.

Nesse estudo, verificamos que menor quantidade de mulheres tinha vergonha de falar sobre as práticas sexuais de que gostava, comparadas aos homens. Falar sobre sexo é próprio do masculino, que deve se mostrar um especialista em sexo, como forma de afirmação de sua masculinidade. “Para uma mulher, falar sobre sexo ou oferecer um preservativo é mostrar que ela tem desejos como o homem e ser confundida com uma mulher da rua.”²¹⁷

Observamos que após as intervenções as mulheres passaram a ter maior poder de decisão sobre as práticas sexuais durante a transa. Durante as intervenções, mostravam-se muito interessadas nas informações sobre o corpo erótico, as formas de ter prazer, as diferentes práticas sexuais que podiam realizar. Resultados similares foram obtidos no estudo de Paiva²¹⁸, que trabalhou com estudantes mais jovens da mesma região da cidade. As mulheres, rompendo o silêncio imposto pelas normas tradicionais de gênero, tomaram posse da comunicação sobre AIDS e também da negociação de seu próprio prazer. Os homens não mudaram em nenhum aspecto da negociação sexual e do uso de preservativo.

Segundo Paiva, “O que eles pensam e fazem é o que todo homem no mundo faz. As garotas questionam mais o mundo, seus valores e suas verdades. As garotas podem mais facilmente entender que as normas de gênero são produção humana, não simplesmente ordenadas naturalmente ou divinamente.”²¹⁹ Segundo Campbell²²⁰, os programas de prevenção de AIDS têm dado ênfase à negociação do sexo seguro para as mulheres, mas é necessário trazer a responsabilidade da prevenção para o domínio masculino também.

No estudo de Kipke²²¹, as intervenções realizadas aumentaram a capacidade de negociação do sexo seguro entre os jovens de ambos os sexos. Em nosso estudo não foram encontradas mudanças significativas para a negociação do sexo seguro. As mulheres passaram a falar mais sobre uso de camisinha com seus parceiros, o que

²¹⁵ Paiva (1996); Guttmacher (1995).

²¹⁶ Paiva (1996); Paiva (1995); Guttmacher et al (1995); Lear (1995).

²¹⁷ Paiva (1995), p.26.

²¹⁸ Paiva (1996).

²¹⁹ Paiva (1995), p.27.

²²⁰ Campbell (1995).

não necessariamente significaria ser capaz de convencer seus parceiros. Durante as intervenções, ficou claro que a dificuldade é maior quando se trata de um relacionamento estável, com um(a) namorado(a). É importante estudar os tipos de relacionamentos afetivos entre jovens como um contexto onde a negociação sexual acontece²²².

Segundo Paiva²²³, vários elementos compõem a “cena sexual”: o poder entre os gêneros, o objetivo atribuído ao ato sexual naquele momento, os roteiros sexuais (papéis sexuais, tais como a namorada, o amante, a primeira transa...), onde acontece, recursos sociais e pessoais disponíveis, além de outros fatores tais como crenças, valores, classe social, etc. A discussão feita pela autora indica que a utilização do preservativo não depende apenas das informações que a pessoa possui, ou da percepção da capacidade de utilizá-lo, da capacidade de negociar o seu uso. Outros fatores, que não são da ordem da responsabilidade individual, influenciam a negociação e o uso do preservativo. Por exemplo, durante este projeto, dois rapazes não continuaram a participar das intervenções por questões religiosas. A ala mais radical da igreja ainda hoje considera pecaminoso o uso de preservativo.

A questão financeira também influencia, pois para essa população o preço do preservativo, apesar de mais baixo atualmente, ainda é um item que não é prioritário para eles²²⁴. Negociar implica ser sujeito de sua própria sexualidade, conhecer seu próprio corpo, seu prazer. Implica usar as armas da sedução, de forma que o preservativo não se torne acusatório, não interrompa o prazer.²²⁵

5.10 Compromisso com sexo seguro:

Segundo o ARRM, a mudança de comportamento envolve o compromisso de usar o preservativo, de deixar de lado alguns comportamentos sexuais de risco, inclusive em diferentes contextos tais como: em relacionamentos estáveis ou casuais, em ambientes e momentos que dificultam sua utilização²²⁶. Neste estudo verificamos

---

²²¹ Kipke et al (1993).

²²² Binson et al (1993).

²²³ Paiva (1996), p.236.

²²⁴ Paiva (1995).

²²⁵ Paiva (1994).

²²⁶ No estudo de Paiva (1996) são citadas inúmeras cenas de dificuldade de utilizar o preservativo: na praia, onde o preservativo nem sempre está disponível; na rua, onde a relação tem que ser rápida, no carro ou mesmo na casa de parentes.

que grande parte dos jovens se compromete a utilizar camisinha com todos os seus parceiros sexuais(67%), e alguns a usar apenas com parceiros desconhecidos (30%).

Poucos jovens afirmaram que não iriam usar o preservativo com seus parceiros (3%). Nos estudos de Bellingham²²⁷, Cáceres²²⁸ e Dekin²²⁹, foram observadas altas taxas na intenção dos jovens de utilizar o preservativo, apesar das taxas de utilização efetiva do preservativo serem menores. Existe uma diferença grande entre a intenção de usar o preservativo e o ato de realmente utilizá-lo. Transpor a intenção e efetivar a utilização do preservativo, segundo o ARRM²³⁰, envolve encarar seus custos e benefícios, superar a negação do risco, desenvolver a capacidade de negociação com os parceiros, a capacidade de falar sobre sexo e AIDS com parceiros, a percepção de eficácia do *self* e todas as outras variáveis descritas por esse modelo.

Observamos que as intervenções não aumentaram o compromisso com o sexo seguro, apesar de o uso do preservativo ter aumentado entre as mulheres com parceiros regulares, casuais e parceiros não-monogâmicos. Outros estudos²³¹ têm indicado mudanças significativas entre jovens na intenção de utilização do preservativo, embora não tenham encontrado associações com mudanças na taxa de utilização.

Durante as intervenções, observamos que tanto os homens quanto as mulheres tinham um discurso sobre as intenções de utilização da camisinha, mas as dificuldades sempre apareciam, impondo-se de forma preponderante: dificuldades com a negociação, o acesso ao preservativo, a quebra do tesão e o tom acusatório ao pedir para o(a) namorado(a) a sua utilização. Entre os homens, em especial, o compromisso de utilizar sempre o preservativo parecia menor, especialmente em virtude do fato de que eles não gostavam de utilizá-lo, pois afirmavam que diminui o prazer.

5.11. Atitudes, práticas sexuais e normas de gênero:

Com relação aos dados obtidos em nossa pesquisa sobre comportamento sexual, observamos que 14% dos jovens nunca tiveram qualquer tipo de prática

---

²²⁷ Bellingham & Gillies (1993).

²²⁸ Cáceres (1994).

²²⁹ Dekin (1996).

²³⁰ Catania et al (1990).

²³¹ Basen-Engquist et al (1994); Bellingham e Gillies (1993); Cáceres (1994).

sexual²³², sendo essa porcentagem maior entre as mulheres. No estudo de Paiva²³³, a proporção de estudantes que não tiveram experiências sexuais era maior, talvez em virtude da menor faixa etária de sua amostra estudada, mas as diferenças entre os gêneros também foram encontradas. Outros estudos²³⁴ encontraram resultados similares, que confirmam as maiores taxas de atividade sexual entre os homens.

Em todas as práticas sexuais foram encontradas diferenças significativas, demonstrando que os homens têm mais experiências sexuais do que as mulheres. Segundo as tradicionais normas de gênero, a sexualidade é domínio do mundo masculino e a mulher deve se manter recatada, dizer *não* e não ser “fácil” para não ser confundida com a mulher da rua, aquela que transa com todos e que não serve para casar²³⁵.

Durante as intervenções, verificamos que a sexualidade ainda era um campo a ser explorado pelas mulheres, que não conheciam bem o seu corpo, que tinham vergonha de falar sobre sexo, mas que ficavam encantadas com as informações novas que obtinham nos grupos, compartilhando suas dúvidas com outras garotas. Entre as mulheres, apenas 7% responderam que *não* precisariam amar o parceiro para ter relações sexuais, sendo que maior quantidade significativa de homens concordou com essa frase. A diferença era visível em comparação com o grupo de rapazes, que falava sobre sexo com muito mais desenvoltura e com um “tom de sacanagem”, sem associá-lo necessariamente à afetividade, com um relacionamento estável ou com o amor.

No estudo de Paiva, sexo foi associado a amor em primeiro lugar para as mulheres e, para os homens, ao ato sexual em si e ao prazer²³⁶. Maior quantidade de mulheres afirmou que precisava amar para fazer sexo. Observamos que maior porcentagem de rapazes ofereceu dinheiro em troca de sexo e/ou já recebeu dinheiro, indicando algum tipo prostituição. A região central, onde a maioria desses jovens morava, concentrava muita prostituição.

Com relação ao tipo de parceria sexual, observamos que grande parte dos jovens teve relações sexuais com parceiros regulares, sendo que as mulheres tiveram

---

²³² A definição de comportamento sexual aqui envolveu: penetração vaginal, penetração anal, contato genital sem penetração, sexo oral, penetração vaginal ou anal do dedo.

²³³ Paiva (1996).

²³⁴ Aplasca et al (1995); Kipke et al (1993); Pattullo et al (1994); Guttmacher et al (1995); Lawrence et al (1995).

²³⁵ Paiva (1995).

mais parceiros(as) regulares e os homens mais parceiras(os) regulares e casuais. O tipo de parceria sexual pode implicar maior ou menor uso de preservativo.

Segundo Lear²³⁷, o uso de camisinha nos relacionamentos casuais mantém-se até o momento em que os parceiros se conhecem mais ou quando começa a existir um compromisso. Nos relacionamentos estáveis, com parceiros regulares, em geral os parceiros se conhecem, existe um envolvimento afetivo e em geral a mulher utiliza contraceptivos orais. Estar envolvido afetivamente e ter um compromisso significa acreditar no parceiro, acreditar na monogamia e deixar de lado o uso do preservativo, segundo a autora.

Para a mulher, o relacionamento sexual com um parceiro casual significa colocar de lado sua reputação de “moça de família”, “cair na boca do povo”, ser confundida com a mulher da rua. “Segundo os *scripts* sexuais desses jovens, super moldados pelo gênero, a responsabilidade das meninas diante do sexo é a responsabilidade de escolher a pessoa certa e o momento certo, e tentarão fazer amor com as pessoas que amam e com quem teriam filhos.”²³⁸

Observamos que a taxa de utilização de camisinha nas relações vaginais com parceiros regulares foi menor do que com parceiros casuais. No estudo de Paiva²³⁹, resultados similares foram encontrados, onde o uso também foi menor com parceiros regulares e 40% dos jovens afirmaram que não utilizaram camisinha porque tiveram relações com namorado(a). Não utilizar camisinha com parceiros regulares tem um significado cultural de entrega e intimidade. Com parceiros casuais, onde o sexo não está necessariamente relacionado a envolvimento afetivo, a negociação do uso do preservativo pode ser facilitada²⁴⁰.

O risco nas relações com parceiros regulares (70%) foi maior que nas com parceiros casuais (64%). Com os parceiros regulares, 67% dos jovens não utilizaram camisinha todas vezes, e nas relações anais 17% teve práticas de risco. Com os parceiros casuais, observamos que 56% dos estudantes tiveram penetração vaginal sem camisinha, e 13% penetração anal com risco. No estudo de Paiva²⁴¹, os resultados sobre uso de camisinha nas relações vaginais foram similares. Verificamos

---

²³⁶ Paiva (1996), p. 162.

²³⁷ Lear (1995).

²³⁸ Paiva (1996), p.206.

²³⁹ Paiva (1996).

²⁴⁰ Heise & Elias (1995).

²⁴¹ Paiva (1996), p.212.

que 62% dos jovens afirmaram que não usaram o preservativo nas relações vaginais com parceiros fixos e 48% com parceiros casuais.

Analisando conjuntamente os dados obtidos sobre relações sexuais com parceiros regulares e casuais, observamos que a frequência de comportamento sexual de risco nessa população é bastante alta (67%). Mas com parceiros que eles julgam não serem monogâmicos, apenas 36% teve relações sexuais com risco. Parece que o julgamento baseado na crença da fidelidade do parceiro é uma variável importante para a utilização do preservativo. Um dos motivos mais escolhidos para não usar camisinha foi a confiança no parceiro.

Outros estudos têm indicado alta frequência de comportamentos sexuais arriscados entre jovens²⁴². A avaliação de programas de intervenção demonstrou que eles têm efeitos diferentes nas mudanças comportamentais. Alguns projetos, como veremos a seguir, proporcionaram o aumento do uso de preservativo entre os jovens, outros não.

Em nosso estudo, avaliando os efeitos pós-intervenção, verificamos que apenas as mulheres tiveram mudanças no seu comportamento sexual. Maior número de garotas passou a ter relacionamentos estáveis e menor quantidade com parceiros regulares e casuais. Com seus parceiros regulares, elas passaram a usar mais camisinha apenas nas relações anais. A incorporação do sexo seguro nas relações vaginais foi mais difícil com os parceiros regulares, onde a negociação do sexo seguro parece ser mais complicada.

Durante as intervenções, observamos que o uso de camisinha era difícil por diversos fatores: a simbolização negativa do preservativo, não saber como utilizá-lo corretamente, a dificuldade de falar sobre o uso com o parceiro (pois usar o preservativo significa desconfiar do parceiro), a alegação de que corta o “tesão”, tem que parar para pensar, etc. São muitos fatores agindo contra a prevenção. Para estes jovens era mais fácil esquecer o risco, não assumir a prevenção, do que ter que lidar com todos os fatores que estavam presentes no momento da relação sexual. Como uma menina disse, durante uma cena (*role-playing*) de negociação de camisinha: “Chega na hora, dá preguiça...”(sic)

---

²⁴² Basen-Engquist (1994); O’Leary et al (1996); Lawrence et al (1995); Kipke et al (1993); Siegel et al (1995).

Pelo caráter que o preservativo assume, de diminuir o prazer, de ser uma acusação de infidelidade ou de falta de confiança, é mais difícil manter o seu uso nas relações vaginais com os parceiros regulares. Durante as intervenções, homens e mulheres em geral perguntavam: “Mas vai ter que usar camisinha sempre?”(sic) Na relação com penetração anal, por não ser tão freqüente, talvez o poder de argumentação para usar o preservativo seja maior. Em um relacionamento regular (namoro ou casamento), a paixão, a confiança no parceiro, a entrega apaixonada e sem limites, são uma barreira para a prevenção²⁴³.

Observamos que nos relacionamentos casuais as mulheres passaram a utilizar mais o preservativo nas relações vaginais, diminuindo o risco nesse tipo de parceria. Com um parceiro casual não existe o compromisso, e os parceiros em geral se conhecem muito pouco. Não existe um pacto de fidelidade. Mesmo que usar camisinha seja desconfortável, é mais fácil negociar o seu uso com os parceiros. Segundo Lear²⁴⁴, à medida em que os relacionamentos casuais começam a se tornar mais compromissados e os parceiros passam a se conhecer melhor, o risco do preservativo ser deixado de lado é maior. Com os parceiros que elas julgam não serem monogâmicos, elas também diminuíram os comportamentos de risco. Parece que a falta de confiança no parceiro é uma variável importante para a utilização do preservativo.

Por outro lado, os homens não apresentaram nenhuma mudança com relação ao uso de camisinha. Durante as intervenções, verificamos que a crença na fidelidade da parceira era grande. Frases do tipo: “Ela só transa comigo.”, “É uma garota de família.”, “Ela é de confiança, não é como as garotas que dão pra qualquer um.”, são comuns entre os rapazes. Eles reclamavam muito que o preservativo era incômodo e que não conseguiam usar sempre com a namorada.

Os próprios rapazes, auxiliares de pesquisa que trabalharam na pesquisa, conscientes dos riscos de não utilizar o preservativo, encaravam o seu uso freqüente em um relacionamento estável como quase impossível. As mulheres, auxiliares de pesquisa, claramente tinham incorporado a utilização do preservativo de forma mais efetiva do que os pesquisadores do sexo masculino. Se esta questão era tão presente

---

²⁴³ Lear (1995).

²⁴⁴ Lear (1995).

entre os próprios auxiliares de pesquisa que há mais de 3 anos trabalhavam com prevenção em AIDS, quem diria entre os estudantes que participaram desse projeto.

Segundo as tradicionais regras de gênero, conforme foi discutido no Capítulo I, ao mundo masculino está delegado o poder, a sabedoria, a força, a competitividade. A cultura dá licença ao homem para ter mais aventuras sexuais do que a mulher²⁴⁵. Nos grupos de rapazes, observamos que a norma grupal era ser o mais esperto, o mais experiente em sexo e contar aos amigos suas experiências sexuais como se fossem troféus. O sexo para os homens é visto como um concurso onde o número de conquistas é indicador de sua masculinidade²⁴⁶.

Uma boa parte dos jovens afirmou que os homens devem saber mais sobre sexo do que as mulheres (46%) e que devem tomar a iniciativa no namoro (85%). Acreditam que os homens não conseguem dizer não para uma mulher que “dá bola” para eles (72%). No estudo de Paiva, resultados similares foram encontrados. “Os homens devem se revelar “os espertalhões” do sexo, o que os torna menos interessados em aprender sobre assuntos sexuais com os quais estão menos familiarizados.

Segundo este pensamento, os homens sempre devem conquistar e satisfazer suas urgências sexuais naturais²⁴⁷, o que nos permite observar que eles também são oprimidos pelas rígidas normas de gênero e papéis sexuais, tornando mais difícil a reflexão sobre os riscos de transmissão do HIV ou sobre sua responsabilidade no sexo.”²⁴⁸ Durante as intervenções, era comum ouvir os rapazes dizerem que era difícil controlar o tesão, sendo que as mulheres teriam mais controle, pois elas não teriam um impulso sexual tão forte e seria esperado que elas fossem “difíceis”, que dissessem não.

Segundo Bourdieu²⁴⁹, existe uma somatização e uma corporificação dessas diferentes representações a respeito do masculino e do feminino. Era comum ouvir entre as garotas aquelas que diziam que não sentiam muito tesão e que acreditavam que “mulher era assim mesmo”.

---

²⁴⁵ Heise & Elias (1995).

²⁴⁶ Campbell (1995).

²⁴⁷ Paiva (1996).

²⁴⁸ Antunes et al (1997).

²⁴⁹ Bourdieu (1998).

A vida sexual da mulher não pode ficar tão evidente, pois poderia ser confundida com a “mulher da rua”, que transa com todos. Verificamos que 39% dos jovens afirmaram que a mulher que carrega camisinha na bolsa estaria disponível para qualquer um. Durante as intervenções, verificamos que muitas delas não tinham camisinhas e ficavam preocupadas em levar para casa os preservativos que eram fornecidos durante os grupos. “Mas o que eu vou dizer para minha mãe?”(sic) Essa era uma pergunta muito freqüente. Carregar camisinha significava assumir que mantinha relações sexuais com seus namorados. No estudo de Guttmacher²⁵⁰, as garotas sofriam pressões de rapazes, que esperavam elas saírem do serviço de distribuição de preservativo e diziam “Oh, ela está transando...”.

Em nosso estudo, grande parte dos jovens afirmou que a mulher deveria pensar nas conseqüências do sexo e na responsabilidade de evitar filhos, sendo que as mulheres tenderam a concordar mais com essas frases. A gravidez é um risco e é responsabilidade das mulheres evitá-la. Durante as intervenções, quando perguntamos qual era a maior preocupação delas quando a relação sexual ia acontecer, grande parte dizia que o risco de gravidez vinha primeiro. A AIDS ficava em segundo plano, pois a gravidez era algo iminente e elas teriam que arcar com as responsabilidades para o resto de suas vidas, sem saber se teriam apoio dos parceiros.

Observamos que 53% dos jovens afirmaram que o cuidado dos filhos é tarefa da mulher, sendo que as garotas concordaram mais com essa frase. A maioria dos jovens concordou que o sustento da casa é tarefa do homem. Segundo as tradicionais regras de gênero, existe uma divisão entre o mundo público e o privado, com uma tendência à naturalização desses papéis²⁵¹.

No estudo de Paiva²⁵², resultados similares foram encontrados, evidenciando as diferenças nos papéis de gênero: enquanto a responsabilidade para a mulher está associada à gravidez, à maternidade e ao lar, para os rapazes foi associada ao trabalho e ao sustento da casa. Esse conjunto de representações sobre o masculino e feminino, segundo Bourdieu²⁵³, sofreu uma naturalização onde determinados comportamentos e atitudes são vistos como próprios de homens ou de mulheres,

---

²⁵⁰ Guttmacher et al (1995).

²⁵¹ Luz (1987); Vilaseca (1995).

²⁵² Paiva (1996).

²⁵³ Bourdieu (1998).

tornaram-se categorias cognitivas inconscientes segundo as quais os indivíduos percebem o mundo e atribuem significações.

As mulheres jovens e solteiras, no contexto de nossa cultura sexual e de gênero, têm mais opções, pois algumas mudanças vêm acontecendo em virtude do movimento de mulheres. “As mulheres jovens e solteiras podem recusar-se a ter sexo e têm suporte social para falar sobre o tema, já as mulheres que têm relações com parceiros regulares têm menos direitos, quando se trata de sexo, e é mais esperado que digam sim.”²⁵⁴

As mulheres estão mais abertas para as mudanças e para aprender mais sobre seu próprio corpo e sexualidade. Os homens estão menos abertos para o diferente e não existe um movimento sócio-cultural masculino de mudança desses papéis, o que dificulta a construção de respostas efetivas frente a situações como a epidemia da AIDS. Segundo Kalichman²⁵⁵, deve-se levar em conta que o preservativo é usado pelo homem e que eles têm pouca necessidade de iniciar a negociação, pois têm o poder de escolha entre utilizar ou não utilizar a camisinha.

Outros estudos obtiveram mudanças nos comportamentos de risco. No estudo de Basen-Engquist²⁵⁶, os participantes dos workshops de sexo seguro tiveram um aumento significativo no uso de preservativo, mas não foram feitas comparações entre os gêneros. No estudo de Lawrence²⁵⁷ foram comparados dois tipos de intervenção: um dos grupos obteve apenas as informações sobre os modos de transmissão, outro grupo passou por um treinamento mais intensivo, e um terceiro grupo foi utilizado como controle. As mudanças ocorreram no grupo que passou por um treinamento mais intensivo, evidenciando que treinamentos mais extensivos são mais eficientes do que intervenções baseadas apenas nas informações sobre os modos de transmissão do HIV.

Os homens que participaram dos workshops nesse estudo aumentaram significativamente o uso do preservativo e as mulheres diminuíram o número de relações sexuais. Após um ano, foi observado que os jovens voltaram a apresentar comportamentos de risco, evidenciando a necessidade de programas de prevenção a

---

²⁵⁴ Antunes et al (1997).

²⁵⁵ Kalichman et al (1997).

²⁵⁶ Basen-Engquist et al (1994).

²⁵⁷ Lawrence et al (1995).

longo prazo. No estudo de O'Leary²⁵⁸ também foram encontradas mudanças significativas nos grupos que participaram das intervenções realizadas, mas apenas os homens tiveram uma diminuição dos comportamentos de risco.

5.12. Motivos para não usar o preservativo:

Observamos que alguns dos motivos mais citados para a não utilização do preservativo foram o conhecimento do parceiro (81%), a confiança em que o parceiro não tinha AIDS (54%), a paixão (51%) e porque não tinha razão para utilizar (51%). Segundo Paiva²⁵⁹, o tipo de vínculo com o parceiro sexual foi um fator importante para a não utilização da camisinha, em seu estudo. “O amor e a paixão apagam os riscos, já que imaginar que o parceiro é HIV positivo é xingá-lo de algo muito indesejável e significa desconfiar de alguém para quem se quer entregar alma e corpo.”²⁶⁰

Durante as intervenções, observamos que essa era uma grande barreira para a utilização do preservativo em relacionamentos estáveis. O risco estava associado à mulher da rua, que transava com todos, ao rapaz que era visto como o “Ricardão” da turma, que transava com qualquer menina. Verificamos que 51% dos jovens afirmaram que não utilizaram o preservativo porque achavam que o parceiro não tinha risco de ter o HIV. No estudo de Aplasca²⁶¹, 15% dos jovens afirmaram que não achavam que iriam contrair o HIV com seu parceiro. Alguns autores²⁶² indicam que a negação do risco de contrair o HIV é uma séria barreira para a adoção do uso de preservativo.

Segundo Lear²⁶³, os jovens utilizam as informações que têm de seus parceiros, de sua vida e passado, para minimizar o risco do parceiro, e os comportamentos preventivos geralmente são deixados de lado quando o desejo é mais forte. Em nosso estudo, 45% dos jovens afirmaram que não utilizaram o preservativo porque estavam com muito tesão, 51% porque não gosta de usar e 27% porque faz perder o tesão.

---

²⁵⁸ O'Leary et al. (1996).

²⁵⁹ Paiva (1996), p.199.

²⁶⁰ Paiva (1996), p. 201.

²⁶¹ Aplasca et al (1995).

²⁶² Rosenberger & Wineburgh (1992); Gladis et al (1992); Paiva (1994); Rodrigues (1996).

²⁶³ Lear (1995).

No estudo de Pattullo²⁶⁴, 51% dos jovens afirmaram que não utilizaram porque reduzia o prazer sexual e, no estudo de Aplasca²⁶⁵, 25% afirmou que o sexo não era prazeroso com camisinha. No estudo de Paiva²⁶⁶, 27% afirmou que não gostava de usar o preservativo. Observamos através desses dados que o preservativo é visto como uma barreira para o prazer.

Em geral os estudantes comentavam que usar camisinha era “chupar bala com papel” ou “comer banana com casca”. Devemos levar em consideração que poucos jovens afirmaram que não precisariam ter penetração na hora da “transa”. Ter relações sexuais para eles significa ter penetração. Verificamos que para os homens a “penetração” durante o ato sexual era mais necessária do que para as mulheres.

Durante as intervenções, os jovens ficavam muito interessados nas outras possibilidades de práticas sexuais para obter prazer sem penetração. Este é um fator que deve ser levado em consideração nos trabalhos de prevenção em AIDS, de forma a mostrar diferentes alternativas para se obter prazer sem ser pela penetração e desmistificar o uso do preservativo, tentando criar alternativas que tornem seu uso mais prazeroso.

Outro motivo bastante citado para a não usar camisinha foi o fato de que outro método contraceptivo já estava sendo utilizado (61%). No estudo de Paiva e de Aplasca esse motivo foi relatado em menor proporção, provavelmente em função da menor idade dos jovens dessas amostras. Não ter a camisinha disponível no momento do ato sexual também foi um dos motivos mais escolhidos (59%). No estudo de Pattullo²⁶⁷, 44% dos jovens alegaram esse mesmo motivo para não usar camisinha e no estudo de Paiva, 36% afirmou que não havia planejado ter relações sexuais, mas não mencionam a falta do preservativo disponível no momento.

Apenas 5% dos jovens afirmou que, no momento da relação sexual, nunca fica mais excitado quando a relação acontece de surpresa. Esse poderia ser um fator importante para a prevenção pois, a partir do momento em que a relação sexual fica mais excitante se não está prevista, poderíamos supor que também existiria a possibilidade de que esses jovens não tivessem a camisinha disponível no momento.

---

²⁶⁴ Pattullo et al (1994).

²⁶⁵ Aplasca et al (1995).

²⁶⁶ Paiva (1996).

²⁶⁷ Pattullo et al (1994).

Como afirma Paiva²⁶⁸, muitas dessas relações acontecem de surpresa, na rua, dentro de casa, ou no máximo na casa emprestada onde não havia ninguém. Nas intervenções esse dado foi confirmado, pois esses jovens não tinham um lugar tranquilo e aconchegante para ter relações sexuais, nem dinheiro para ir a motéis ou hotéis.

A dificuldade de convencer o parceiro a usar camisinha não teve uma alta porcentagem de escolha entre os jovens como motivo para não usá-la (23%). Mas é uma questão importantíssima, pois está relacionada à capacidade de negociação sexual e de prevenção de AIDS. Os dados demonstraram que as mulheres tiveram maior dificuldade para negociar com seus parceiros sexuais.

No estudo de Paiva, 23% das mulheres tiveram dificuldade para negociar o uso do preservativo e apenas 9% dos homens tiveram essa mesma dificuldade. Os dados de sua pesquisa também apontaram que o tipo de parceria, num namoro, aumentava a dificuldade de se prevenir da AIDS, que estava associada à dificuldade de convencer o parceiro. Conforme foi relatado anteriormente, durante as intervenções, a negociação com o(a) namorado(a) aparecia mais frequentemente na maioria das cenas de dificuldade de se prevenir.

Nas cenas também apareciam as dificuldades impostas pelo momento em que a relação acontecia quando não era esperada, após conhecer um rapaz ou garota numa festa, num bar, em discotecas ou na praia. Nem sempre o preservativo estava à disposição, ou a relação acontecia em locais onde a transa tinha que ser rápida senão poderiam ser flagrados por alguém.

Observamos que 33% dos jovens afirmaram que já transaram após ter consumido grande quantidade de álcool e 8%, após terem usado algum tipo de droga, o que poderia ser um fator de risco para a infecção pelo HIV. Verificamos que 21% dos jovens afirmaram que não usaram camisinha por terem bebido demais. Segundo Lear, os comportamentos sexuais preventivos em geral falham na presença de álcool ou outras drogas, e outros fatores devem ser levados em consideração, tais como “a dificuldade de comunicação sobre sexo com os parceiros, falso julgamento sobre o risco envolvido em um comportamento ou situação, a ambivalência sobre fazer sexo e a inabilidade em considerar outras alternativas além da penetração.”²⁶⁹

---

²⁶⁸ Paiva (1996).

²⁶⁹ Lear (1995), p.1319.

Após as intervenções, verificamos que menor quantidade de mulheres transou após ter consumido bebidas alcoólicas - entendemos que o consumo poderia ser um fator de risco, pois os comportamentos preventivos são deixados de lado mais facilmente. Elas passaram a concordar mais que não utilizavam camisinha porque conheciam o parceiro ou porque estavam apaixonadas pela pessoa. Talvez as intervenções tenham aumentado a consciência dessas garotas a respeito das dificuldades de usarem camisinhas com seus parceiros regulares ou quando estavam apaixonadas, pois esse foi um aspecto que ficou evidente durante as cenas de dificuldades de se prevenir do HIV. As mulheres passaram a ter mais parceiros regulares e mudaram seu comportamento sexual. Elas aumentaram a utilização do preservativo com seus parceiros casuais, nas relações anais com parceiros regulares e com parceiros que elas julgam que não sejam monogâmicos. A utilização do preservativo não aumentou nas relações vaginais com parceiros regulares. A dificuldade de negociação em uma relação estável ou apaixonada é muito maior.

Entre os homens, verificamos que não ter camisinha no momento da transa foi o motivo menos relatado após as intervenções, o que indica que muitos deles passaram a carregar o preservativo consigo, apesar de não terem aumentado a frequência de seu uso. Não foram encontrados, na literatura disponível, projetos que avaliassem mudanças pós-intervenção nos motivos para a não utilização do preservativo.

5.13. Teste HIV:

Conforme foi relatado anteriormente, os jovens que participaram de nosso estudo têm comportamentos sexuais de risco, o que pode acarreta altos índices de infecção pelo HIV entre adultos jovens. Verificamos que a maioria dos jovens que participou desta pesquisa já tinha ouvido falar do teste para detecção do HIV, e que muitos deles já haviam pensado em fazê-lo. Apenas 13% de nossa amostra fez o teste. Segundo Paiva, “ (...) eles contam que fizeram o teste HIV depois da oficina, e a maioria que tem vida sexual relata que pensou em fazer o teste.”²⁷⁰

O recebimento do resultado do teste HIV parece ser muito assustador²⁷¹. Mesmo oferecendo um serviço de testagem anônima, gratuito e em horários nos

---

²⁷⁰ Paiva (1996), p.271.

²⁷¹ Paiva (1996).

quais os estudantes pudessem realizá-los, dos 304 que participaram do projeto, apenas 20 (6,4%) foram fazê-lo. Segundo Lear²⁷², fazer o teste HIV não é uma estratégia muito considerada antes de iniciar um novo relacionamento sexual.

Entre os jovens que fizeram o teste anonimamente no serviço oferecido por esse projeto, não houve nenhum caso positivo. No segundo questionário, dois jovens afirmaram que eram soropositivos. Esses jovens provavelmente fizeram o teste em outro local, sem ser no serviço oferecido por nosso projeto, após o primeiro questionário. Segundo dados do Boletim Epidemiológico de AIDS²⁷³, 54,3% dos casos de AIDS entre 1980 e 1998 se deram em pessoas de 20 a 34 anos. É uma população que tem uma vida sexual intensa e está em risco de infecção pelo HIV. Durante as intervenções, alguns casos de AIDS entre amigos, parentes ou na vizinhança foram relatados. Por se tratar de uma região onde a epidemia da AIDS se iniciou, um contato mais próximo ou eventual desses jovens com portadores do HIV é comum.

---

²⁷² Lear (1995).

²⁷³ Ministério da Saúde (1998).

6. CONCLUSÃO:

Iniciamos esse projeto a partir das experiências acumuladas ao longo de três anos no projeto com uma equipe do NEPAIDS – USP, coordenado por Vera Paiva²⁷⁴. Nossas análises necessariamente nos remetem a essa experiência anterior, que trabalhou também com jovens de curso noturno vivendo nos mesmos bairros da cidade de São Paulo, e fez uma avaliação qualitativa do impacto nos jovens que participaram.

Paiva conclui seu trabalho afirmando que “A qualidade dos futuros programas de prevenção em AIDS depende de pesquisas que sofisticuem a avaliação do que fazemos e ousar juntar o qualitativo e o quantitativo.”²⁷⁵. Nosso estudo é “filhote” desse trabalho, com o objetivo de avaliar um modelo de oficina desenvolvido pela equipe do NEPAIDS.

Os estudos longitudinais com um desenho de pesquisa caso-controle são importantíssimos por darem mais poder de análise às evidências do impacto de modelos de prevenção em AIDS²⁷⁶. Muitos programas de prevenção foram implementados no Brasil, mas poucos foram avaliados. As maiores dificuldades que também encontramos no campo foram: encontrar grupos que fossem comparáveis e que compartilhassem um contexto em que a intervenção num grupo não “contaminasse” o outro, afetando os resultados; a perda de sujeitos ao longo do estudo. Em consequência dessas dificuldades, os custos dos estudos longitudinais tornam-se mais elevados.

Quando nosso estudo teve início, em 1994, não havia nenhum outro projeto que tivesse avaliado suas intervenções, ou um estudo longitudinal com jovens no Brasil. Tivemos dificuldade em encontrar bibliografia disponível para comparar nossos dados, pois a maioria dos estudos foi realizada em outros países, com populações que enfrentam um contexto social e culturalmente diferente.

É importantíssimo incentivar a realização de estudos longitudinais no Brasil na área de prevenção de AIDS, com diferentes populações, para identificar claramente as consequências das ações realizadas e identificar as variáveis

---

²⁷⁴ Paiva (1996).

²⁷⁵ Paiva (1996), p.321.

²⁷⁶ Bellingham & Gillies (1993).

relacionadas com a prevenção, de forma a aprendermos com nossos erros e desenvolver ou replicar intervenções mais efetivas que levem em conta os diferentes contextos sociais e grupais. Mas também é importante encontrar formas de superar as dificuldades encontradas na realização de estudos longitudinais.

Em nosso estudo, encontramos muitas dificuldades em executar um desenho de pesquisa como esse. A taxa de evasão escolar era altíssima (40% em seis meses, 70% em um ano). A maioria trabalhava durante o dia e estudava à noite. O estudar à noite para essa população de baixa renda fica em segundo plano, pois precisam trabalhar para ajudar no sustento da família. Muitos deles também mudaram de residência, o que dificultou o acesso para a segunda onda de questionários. Um ano depois da primeira coleta de dados tivemos uma perda de 50% de nossa amostra.

A cada questionário respondido os estudantes recebiam um “presente” (entradas de cinema ou caixa de bombom ou camiseta). Achamos que essa forma de incentivo seria melhor do que dar alguma quantia em dinheiro, mas não foi eficiente para que os jovens nos procurassem mesmo após terem mudado de residência. Nos Estados Unidos, por exemplo, muitas pesquisas utilizam quantias em dinheiro como forma de diminuir perdas em suas amostras e chegam a ser realizadas por telefone ou pelo correio²⁷⁷. Em um estudo recente que está sendo realizado com jovens internos na FEBEM, coordenado por Camila Alves Peres²⁷⁸, a perda no seguimento da amostra foi reduzida através de incentivos financeiros. Cada jovem que participou das intervenções na FEBEM foi convidado a responder outro questionário alguns meses depois. Mesmo aqueles que já não estavam na FEBEM, retornavam para responder pela segunda vez o questionário e recebiam em troca uma quantia em dinheiro.

É importante que os estudos longitudinais tenham um bom planejamento e estratégias de incentivo para realizar o “re-acesso” da população estudada, especialmente em classes sócio-econômicas baixas, onde a estabilidade de moradia é menor, e onde participar de um estudo implica em gastos de condução e dia de trabalho de fato pesados, justificando um reembolso, pelo menos.

²⁷⁷ Comunicação verbal do DR. Ron Stall, pesquisador do Center for AIDS Prevention Studies da Universidade da Califórnia.

²⁷⁸ “Avaliando um Modelo de prevenção de AIDS entre Jovens (13-19 anos) Internos na FEBEM.” Projeto colaborativo entre o NEPAIDS – USP, Center for AIDS Prevention Studies – UCSF, Programa Estadual de DST/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Comunicação da coordenadora.

“As diferenças de gênero e os fatores envolvidos nas negociações devem ser considerados.”

A análise dos resultados tornou evidente a importância de as intervenções considerarem o gênero e de conduzirmos a oficina em grupos separados por sexo. As mudanças se mostraram diferenciadas em cada um dos grupos, e as intervenções devem levar em conta as especificidades de homens e mulheres. Aparentemente, esse modelo de oficinas foi muito mais efetivo para as mulheres - que tiveram mudanças mais significativas - do que para os homens. Esse modelo deverá então ser reformulado, de forma a proporcionar uma maior sensibilização do grupo masculino, no qual as mudanças foram muito pequenas.

Após a intervenção, as mulheres passaram a acreditar na eficácia do preservativo para a prevenção da AIDS, que não estoura com facilidade e que é fácil de ser colocado. Observamos que as oficinas ajudaram a desmistificar as dificuldades do uso do preservativo e sua efetividade. Durante as oficinas, muitas mulheres nem sequer tinham tocado em uma camisinha, pois era algo “exclusivamente do cotidiano masculino”, ou porque carregar uma camisinha significava estar disponível para qualquer um ou assumir frente à sociedade que tem vida sexual.

Para as mulheres, ficou mais fácil conversar sobre AIDS e contracepção com os parceiros. Embora não tenham aumentado o uso do preservativo nas relações vaginais com os parceiros regulares, diminuíram a taxa de sexo desprotegido nas relações anais com esses parceiros, nas relações vaginais com parceiros casuais e com parceiros que elas julgavam que não eram monogâmicos. Elas também passaram a ter menos parceiros casuais.

Negociar sexo seguro passou a ser um instrumento mais disponível para elas, e seu poder de negociação sobre o que fazer durante a “transa” - que, segundo as tradicionais regras de gênero, é algo exclusivo do mundo masculino - aumentou. De acordo com essas tradicionais regras de gênero, apenas os homens poderiam: ser ativos, saber mais sobre sexo, tomar iniciativa no namoro e não ter controle dos seus impulsos sexuais.

As mulheres, além de negociar mais, passaram a encarar que o prazer não estava vinculado necessariamente ao sexo penetrativo, como percebemos durante o desenrolar das oficinas. Para elas - e também para os rapazes - ter relações sexuais era sinônimo de “penetração”, e tinham dificuldade em perceber que a sexualidade

não estava vinculada somente aos genitais, e que existiam outras práticas sexuais prazerosas, que não somente a “penetrativa”. As atividades realizadas sobre o corpo erótico/reprodutivo e as discussões sobre os papéis de gênero nas oficinas proporcionaram que essas garotas tomassem posse de seu corpo, prazer e sexualidade, de forma a facilitar também a negociação sexual.

O tipo de vínculo e o poder implícito na dinâmica dos relacionamentos são variáveis importantes para a adoção de práticas sexuais mais seguras e devem ser mais explorados nas pesquisas. Nas relações estáveis, o poder de negociação provavelmente diminui, pois o sexo está ligado ao amor mais para as mulheres do que para os homens, dados que também foram similares na pesquisa de Paiva²⁷⁹.

No questionário respondido pós-intervenções, elas passaram a concordar mais que o fato de conhecer o parceiro e a paixão eram motivos para a não utilização do preservativo. Conforme foi visto no capítulo 4, o sexo para grande parte das mulheres está associado ao amor, e elas têm mais dificuldade de negociar o uso de camisinha com os parceiros.

É importante que os programas de prevenção de AIDS abram espaço para a discussão sobre os significados do amor e da paixão, de forma que os jovens possam reinventar seus roteiros sexuais de modo seguro. Os programas devem oferecer mais do que uma simples conscientização sobre a epidemia, ou do que alertar os jovens sobre os perigos do uso inconsistente do preservativo, ou de ter múltiplos parceiros, ou de não tratar as DSTs que os colocam em risco. É necessário que se discuta a dinâmica dos relacionamentos e o significado do sexo seguro no contexto afetivo.

Durante os grupos observamos, como várias outras pesquisas demonstraram²⁸⁰, que não usar o preservativo era sinônimo de entrega. Falar sobre ele era colocar em dúvida a fidelidade, era acusar, era o risco de perder o amor do parceiro. O preservativo era utilizado enquanto a relação não se tornava estável ou apaixonada. Com parceiros casuais, onde o vínculo afetivo provavelmente era menor e onde o risco de perder o parceiro parece menor, talvez fosse mais fácil utilizá-lo. Insistir no uso do preservativo - que, segundo esses jovens, diminuía o prazer e atrapalhava a transa - com o parceiro regular é mais difícil do que com um parceiro com quem se tem relações sexuais esporádicas.

---

²⁷⁹ Paiva (1996).

²⁸⁰ Paiva (1996); Villela & Barbosa (1996).

As técnicas psicodramáticas e o conceito de “cena sexual”²⁸¹ utilizados para investigar e trabalhar as dificuldades de usar camisinha foram instrumentos valiosos para discriminar os diferentes aspectos que estavam envolvidos na negociação sexual. Segundo Paiva, “O contexto social tem que ser parte da cena sexual (...) Significa trazer para a cena sexual personagens que representam obstáculos coletivos a serem confrontados: os sistemas de saúde, a falta de camisinha, os gêneros hierarquizados, dinheiro, um ponto de venda fechado ou aberto, o lugar onde o sexo acontece, tudo o que vai interferir no ritmo e qualidade da transa sexual deve ser parte da cena.”²⁸².

As oficinas possibilitaram às garotas entrar em contato com a sexualidade de forma mais espontânea e permitiram que pensassem, falassem e experimentassem coisas diferentes, possibilitaram um maior contato com seus desejos. Elas passaram a pensar, decidir, comunicar e negociar dentro do contexto da sexualidade. Elas passaram também a falar mais com seus amigos sobre AIDS e o teste HIV, tornando-se multiplicadoras das informações obtidas durante os grupos.

Já os homens, como vimos no capítulo 4, passaram a se sentir mais vulneráveis em relação ao contágio do HIV. Eles afirmaram que são menos capazes de se proteger do HIV e que se sentem desprotegidos frente ao destino de pegar AIDS. Eles passaram a ter uma maior consciência sobre suas dificuldades para se prevenir contra o HIV e a assumir suas dificuldades em usar camisinha. Eles afirmaram que o motivo para “não utilizar o preservativo porque não havia um disponível” tornou-se menos freqüente. Ou seja, passaram a ter o preservativo disponível. Por outro lado, o preservativo ainda não foi incorporado no momento da relação sexual, pois não houve um aumento estatisticamente significativo no uso de preservativo.

É importante ressaltar que as diferenças entre homens e mulheres foram significativas em alguns aspectos. Através da análise do *baseline*, conforme foi descrito no capítulo 4, os rapazes tiveram mais experiências sexuais do que as garotas e conversavam mais sobre sexo e prazer com seus amigos do que as mulheres. Conforme foi discutido no capítulo anterior, as tradicionais regras de gênero delegam a sabedoria sobre o sexo para o homem. São eles os responsáveis

---

²⁸¹ Paiva (1996).

²⁸² Paiva (1996), p.315.

pela iniciativa no namoro, no sexo e no sustento do lar. Ainda, a sexualidade masculina é mais impulsiva, não pode dizer não para uma “transa” em potencial porque fere sua masculinidade.

Observamos que as normas de gênero mudaram em ambos os grupos, embora não possamos afirmar que seja um efeito da intervenção porque o grupo controle foi o que apresentou maior nível de mudança. Pode ser efeito da percepção deles que tais ou quais respostas eram as “politicamente corretas”. Existe uma tendência histórica que os tradicionais papéis de gênero mudem, de forma que a sexualidade, o poder de decisão e o papel de provedor do lar deixem de ser associados apenas ao mundo masculino, e o mundo privado, do cuidado com os filhos, a contracepção, deixem de ser responsabilidade apenas da mulher.

Estamos passando por momentos de transformações nos papéis sexuais e de gênero, iniciado pelo movimento feminista e que estão gerando, segundo Luz, crises de representações que seriam mudanças nas “(...) atitudes e expressões de sentimentos comuns a setores urbanos da população brasileira menos reprimidos política e socialmente, que tem condições de pensar sobre esta crise (...)”²⁸³ As oficinas provavelmente não foram efetivas a ponto que esses rapazes fossem sensibilizados a ponto de questionar seus “scripts de gênero”²⁸⁴

É fundamental observar que mais mudanças ocorreram entre mulheres do que entre homens, o que nos faz supor que existem diferenças fundamentais entre os sexos que devam ser consideradas no planejamento de qualquer intervenção com fins de educação/conscientização. As mulheres se mostram muito mais flexíveis às mudanças.

Segundo Paiva²⁸⁵, existe uma ambigüidade do contexto cultural na construção da identidade de gênero para as mulheres, que faz com sejam mais plásticas e abertas para o novo que os homens. “Os meninos são socializados num mundo menos ambíguo, de quase um único e velho padrão em relação ao que é ser homem. As velhas noções de virilidade permanecem(...) Os programas de prevenção entre jovens devem superar a idéia de uma “natureza” universal do sexo, eliminar a linguagem da “explosão ou poder dos hormônios”. Essa concepção mantém a sexualidade com

---

²⁸³ Luz (1987), p.75.

²⁸⁴ Paiva (1998a).

²⁸⁵ Paiva (1996).

qualidades masculinas, de um lado, e justifica a impulsividade e/ou violência a que os rapazes principalmente se vêem empurrados.”²⁸⁶

Os rapazes estão mais aprisionados às regras grupais, e experimentar o novo é mais difícil. Um trabalho de prevenção de AIDS realizado pontualmente, que se encerra depois de algumas oficinas, não seria efetivo para mudar essas regras grupais. Talvez para as mulheres as intervenções tenham sido mais efetivas, pois as mudanças dependiam muito mais de uma tomada de poder da própria sexualidade do que entre os homens, onde a mudança estaria condicionada às normas grupais. Podemos dizer que as discussões sobre mudanças no comportamento sexual e sexo seguro são consistentes com as novas possibilidades das mulheres na cultura sexual e de gênero, discutidas pelo movimento de mulheres antes da epidemia da AIDS.²⁸⁷

Finalmente, em função dessas conclusões, parece fundamental que esse modelo de oficinas fosse mais extenso, proporcionando aos jovens pelo menos alguns encontros mistos, em pequenos grupos, onde homens e mulheres pudessem discutir e confrontar suas crenças e atitudes dentro de um contexto mais protegido, sob a coordenação de profissionais especializados. Essa proposta foi testada no projeto anterior²⁸⁸ e obteve resultados interessantes.

Os instrumentos de avaliação.

Avaliando nosso estudo, observamos que o questionário que desenvolvemos foi falho em alguns aspectos. Verificamos no estudo anterior, que jovens tinham conhecimentos básicos sobre os meios de transmissão do HIV mas não sabiam exatamente como a transmissão ocorria, por exemplo, que poderiam contrair o HIV mesmo na penetração vaginal sem ejaculação. Passamos informações detalhadas e, após as oficinas, observamos que não houve aumento no nível de informações sobre as formas de transmissão do HIV. O instrumento que utilizamos não avaliava o aumento dessas informações detalhadas (cada passo de como pôr e tirar a camisinha, por exemplo) que foram as informações específicas a mais que realmente foram adquiridas durante as oficinas e não foram avaliadas.

O questionário também falhou na articulação dos aspectos da sexualidade e contracepção. Considerando que a maioria das pesquisas não fazia essa conexão,

---

²⁸⁶ Paiva (1996), p.317.

²⁸⁷ Antunes et al (1998).

seria fundamental que as informações mais específicas sobre as formas de transmissão do HIV e informações sobre uso de métodos contraceptivos fossem estudadas conjuntamente com outras variáveis importantes para a prevenção de AIDS. O instrumento, assim como o modelo do ARRM, pensados a partir da experiência da epidemia em São Francisco, que é *gay*, desconsideram a variável gênero tanto quanto a óbvia associação entre decisões sobre DSTs e gravidez entre parceiros heterossexuais.

Conforme foi relatado no capítulo 2, o questionário utilizado em nosso estudo se baseou no Modelo de Redução de Risco, que explica a mudança de comportamento baseada na responsabilidade individual. Este modelo se baseou na realidade norte-americana onde se pressupõe que as pessoas tem noção de seus direitos e que tem vontade própria. Esse modelo não leva em conta a noção de vulnerabilidade²⁸⁹ social, a construção social da AIDS e dos “scripts de gênero”²⁹⁰. Frente aos resultados obtidos, o ARRM não explicaria as diferenças entre homens e mulheres nas mudança de atitudes e comportamento pós-intervenção.

Um modelo de explicação para prevenção de AIDS apenas baseado na responsabilidade individual, e poderíamos dizer o mesmo se apenas baseado nos aspectos sócio-culturais e políticos, não daria conta das especificidades de cada indivíduo no contexto da sua comunidade. O modelo de intervenção que foi adotado em nosso estudo considerou os aspectos individuais da prevenção, mas também a construção cultural da AIDS, as normas de gênero, os aspectos afetivos e as dificuldades da negociação do sexo seguro na “cena sexual”²⁹¹, variáveis estas que o questionário não abordou.

Segundo Cáceres²⁹², os modelos baseados na responsabilidade individual têm limitações, pois a mudança de comportamento nem sempre é mediada por processos racionais. Deve se levar em consideração muitos outros aspectos.

Acredito que o ideal seria juntar as contribuições de propostas dos diferentes modelos teóricos, das intervenções a nível individual e coletivo. Futuros programas

---

²⁸⁸ Paiva (1996).

²⁸⁹ Segundo Ayres (1996), “A noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes susceptibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações à infecção pelo HIV e às suas conseqüências indesejáveis.”

²⁹⁰ Paiva (1998a).

²⁹¹ Paiva (1996).

²⁹² Cáceres (1998).

de intervenção devem não apenas realizar intervenções em pequenos grupos mas também envolver toda a comunidade, formar líderes comunitários que dêem continuidade aos trabalhos dentro de seus próprios grupos, de acordo com suas especificidades. Nosso projeto tinha a proposta de dar continuidade aos trabalhos de intervenção, formando multiplicadores entre os jovens e desenvolvendo atividades na comunidade, o que não aconteceu da forma como esperávamos, pois encontramos muitas dificuldades para realizar um trabalho contínuo.

As intervenções em pequenos grupos são valiosas, pois proporcionam que as pessoas conversem livremente sobre suas dificuldades, “(...) falem livremente, aprendam uns com os outros e com os educadores de saúde, façam comparações sociais, construam normas sobre os comportamentos de promoção de saúde e tirem vantagem do desenvolvimento do apoio das redes sociais. Estas interações em pequenos grupos são mecanismos particularmente poderosos para ensinar, aprender e mudar comportamentos frente ao HIV.”²⁹³

Mas apenas as intervenções em pequenos grupos não são eficientes para se mudar o contexto social em curtos períodos de tempo. “Mudanças sociais e culturais necessitam de tempo, requerem uma organização comunitária e uma abordagem que enfatize a tomada de poder. Os meios para encorajar e apoiar mudanças radicais destes jovens em relação ao sexo desprotegido não são suficientes e eles não sentem isso como uma prioridade em suas vidas devido a outras demandas sociais mais fortes.”²⁹⁴

Os indivíduos sentirem que são capazes de estar em controle de suas vidas sexuais e de se prevenir do HIV requer experiência. Adotar as práticas sexuais seguras requer um aprendizado, um “costume”, e não são habilidades ou comportamentos que podem ser ensinados em apenas uma oficina. São experiências que devem ser confirmadas no dia-a-dia²⁹⁵. Essa experimentação pode ser limitada pelas forças sociais, econômicas e culturais que não podem ser confrontadas ou conciliadas, sem uma mudança que não é apenas individual e sim coletiva.

Esse projeto nos ensinou que devemos considerar os obstáculos sociais e individuais ao formular programas de prevenção de AIDS, de forma a estimular os indivíduos a se tornarem agentes de sua vida sexual. As pesquisa sobre a AIDS

---

²⁹³ Janz et al (1996), p.94.

²⁹⁴ Antunes et al (1997).

devem desenvolver e disseminar programas que ultrapassem a ênfase na mudança de comportamento ou na responsabilização individual, estendendo a discussão ao âmbito social e cultural. Criar uma cultura de uso consistente do preservativo é um longo processo, que requer intervenções contínuas junto à comunidade.

Os futuros projetos de prevenção de AIDS devem desenvolver atividades que levem em conta não apenas responsabilidade individual, mas que também tenham uma repercussão no grupo, de forma que as atividades de prevenção sejam assumidas pela própria comunidade. Além de pequenos grupos de intervenção, onde se trabalham aspectos mais individuais, devem ser desenvolvidas melhores estratégias de intervenções comunitárias e pesquisadas formas mais efetivas para a sensibilização do público masculino.

Nosso estudo obteve algumas mudanças de comportamento entre os jovens que participaram de nosso projeto. As mudanças são possíveis, mas ainda um longo caminho deve ser percorrido para entendermos a complexa construção social e individual da epidemia da AIDS. Como pensava quando iniciei este trabalho...

*“Mais importante do que a ciência, é o que ela produz.
Uma resposta provoca uma centena de perguntas.”*

(J.L.Moreno²⁹⁶)

---

²⁹⁵ Paiva (1996).

²⁹⁶ Poesia “Invitation to an Encounter.” In: Marineau (1992).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, J.A.G. Gênero, sexualidade e sexo: Três dimensões da diferenciação sexual. In: POIAN, C.(org) **Homem-Mulher - Abordagens Sociais e Psicanalíticas**. Rio de Janeiro: Livraria Taurus Editora, 1987.
- ALLARD, R. Beliefs about AIDS as determinants of preventive practices and of support for coercive measures. **American Journal of Public Health**, 448- 452, 1989.
- ALONSO, L. & PAIVA, V. Em Tempos de AIDS: Viva a Vida. In: PAIVA, V. & ALONSO, L. **Em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, 1992.
- ANTUNES, M.C.et al. A fala espontânea de jovens do centro de São Paulo. Paper apresentado na XXII Reuniao Anual da **Sociedade Brasileira de Ribeirão Preto**, 1992.
- ANTUNES, M.C. et al Condom use among adolescent primary night school students in Brazil. Poster apresentado na **X Conferência Internacional de AIDS**; Japão, 1994.
- ANTUNES, M.C. et al Evaluating an AIDS sexual risk reduction program for young adults in public night schools in são Paulo, Brazil.. **AIDS**, 11 (suppl 1): S121-S127, 1997.
- APLASCA, M.R.A. et al Results of a model AIDS prevention program for high school students in the Philippines. **AIDS**, 9 (suppl 1): S7-S13, 1995.
- ASPINWALL, L. et al. Psychosocial predictors of gay men's AIDS risk-reduction behavior. **Health Psychology**, 10, 432-444, 1991.
- ASHWORTH, C.S. et al. An evaluation of a school-based AIDS/HIV education program for high school students. **Journal of Adolescent Health**, 13, 582-588, 1992.
- AYRES, J.R.C.M. **Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas. HIV/AIDS,DST e Abuso de Drogas entre Adolescentes**. São Paulo: MacArthur Fondation, 1996.
- BANDURA, A. **Social learning theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977.
- _____. **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.
- _____. A Social Cognitive Approach to the Exercise of Control Over AIDS Infection. In: CLEMENTI, R. (ORG.) **Adolescents and AIDS: a generation of jeopardy**. Newbury Park, CA: Sage, 1992.

BASEN ENGQUIST, K. Psychosocial predictors of “safer sex” behaviors in young adults. **AIDS Educational and Prevention**, 4, 120-134, 1992.

_____. Evaluation of a theory-based HIV prevention intervention for college students. **AIDS Education and Prevention**, 6(5), 412-424, 1994.

BELLINGHAM, K & GILLIES, P. Evaluation of an AIDS education programme for young adults. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 47, 134-138, 1993.

BERGER, PI & LUCKMANN, T. **A Construção Social da Realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento**. Petrópolis, Vozes, 1985.

BIANCARELLI, A. Masculismo une homens e mulheres. Matéria do jornal **Folha de São Paulo**, Caderno São Paulo, pg 9; 25 de outubro de 1998.

BINSON, D. et al Multiple Sexual Partners Among Young Adults in High-Risk Cities. **Family Planning Perspectives**, vol 25, nº 6, november-december, 1993.

BOURDIEU, P. *Esquisse d'une theorie de la pratique (précédé de trois études déthnologie kabile)*. Droz, 1972.

_____. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: DIFEL; Ed Bertrand Brasil, 1989.

_____. Conferência do Prêmio Goffman: A Dominação Masculina Revisitada. in LINS, D. (org) **A Dominação Masculina Revisitada**. Campinas, SP: Papyrus, 1998.

CÁCERES, C.F. **Salud Sexual en una Ciudad Joven: Un programa comunitario en salud sexual con y para los jóvenes**. Peru: Universidad peruana Cayetano Heredia; RDESS Jóvenes, 1998.

CÁCERES, C.F. et al. Evaluating a School-based Intervention for STD/AIDS Prevention in Peru. **Journal of Adolescent Health**, 15:582-591, 1994.

CAMPBELL, C.A. Male gender roles and sexuality: implications for women's AIDS risk and prevention. **Social Science Medicine**, vol.41, nº 2, 197-210, 1995.

CAMPBELL, L.F. & STEWART, A.E. Effects of group membership on perception of risk for AIDS. **Psychological Reports**, 70, 1075-1092, 1992.

CATANIA, J. et al. Towards an Understanding of Risk Behavior: an AIDS risk reduction model (ARRM). **Health Education Quaterly**, 17, 53-72, 1990.

CATANIA et al. Changes in condom use among heterosexual men in San Francisco. **Health Psychology**, 10, 190-199, 1991.

CHOI, K.Y., & COATES, T.J. Prevention of HIV Infection. **AIDS**, 8:1371-1389, 1994.

COHEN, J.B. Why women partners of drug users will continue to be at high risk for HIV infection. **Journal of Addiction Research**, 10, 99-110, 1991.

CUKIER, R. **Psicodrama Bipessoal. Sua técnica, seu terapeuta e seu paciente**. São Paulo: Ágora, 1992.

DEKIN, B. Gender differences in HIV-related self-reported knowledge, attitudes, and behaviors among college students. **American Journal of Preventive Medicine**. Research linkages Between Academia and Public Health Practice (suppl.), vol.12, nº4, 1996.

GIAMI, A. De Kinsey à AIDS: a evolução da construção do comportamento sexual em pesquisas quantitativas. In: PARKER, R. et al. **AIDS e Sexualidade: O ponto de vista das Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará: UERJ, 1994.

GLADIS, M.M. et al. High school students' perceptions of AIDS Risk: realistic appraisal or motivated denial? **Health Psychology**, 11(5), 307-316, 1992.

GUTTMACHER, S. et al. Gender differences in Attitudes and Use of Condon Availability Programs among Sexually Active Students in New York City Public High Schools. **Journal of American Medical Woman Association**, vol.50, nº 3&4, 99-102, 1995.

HAYS, R., KEGELES, S., COATES, T. High HIV risk-taking among young gay men. **AIDS**, 4,901-907, 1990.

HEISE, L.L. & Elias, C. Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries. **Social Science Medicine**, vol40, nº 7 , 931-943, 1995.

HINGSON, R. et al. Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. **American Journal of Public Health**, 80, 295-299, 1990.

HOCHBAUM, G.M. Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study. **Public Health Service**, PHS Publication 572. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1958.

JANZ, N.K. et al. Evaluation of 37 AIDS Prevention Projects: Successful Approaches and Barriers to program Effectiveness. **Health education Quarterly**, Vol.23(1):80-97, 1996.

KALICHMAN, A. Pauperização e banalização de uma epidemia. In: **Epidemiologia Social da AIDS-Anais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS e IMS, Instituto de Medicina Social, UERJ; 1994: 20-26, 1994.

KALICHMAN, S.C. et al. Lack of positive outcomes from a cognitive-behavioral HIV and AIDS prevention intervention for inner-city men: lesson from a controlled pilot study. **AIDS Education and Prevention**, 9(4), 299-313, 1997.

KEGELES, S.M. et al. Sexually active adolescents and condoms: changes over one year in knowledge, attitudes and use. **American Journal of Public Health**, 78, 460-461, 1988.

KIPKE, M. et al. An evaluation of an AIDS risk reduction education and skills training (Arrest) program. **Journal of Adolescent Health**, 14, 533-539, 1993.

KUHN, L. et al. Participation of the school community in AIDS education: an evaluation of a high school programme in south Africa. **AIDS Care**, 6, 161-171, 1994.

LAUMANN, E.O. et al. **The Social Organization of Sexuality. Sexual Practices in United States**. Chicago, University of Chicago Press, 3-34, 1994.

LAWRENCE, J.S.S. et al. Cognitive-Behavioral Intervention to reduce African American Adolescents' Risk for HIV Infection. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, vol. 63, n° 2, 221-237, 1995.

LEAR, D. Sexual Communication in the Age of AIDS: The Construction of Risk and Trust among Young Adults. **Social Science Medicine**, vol.41, n° 9, 1311-1323, 1995.

LINS, D. et al. **A dominação masculina revisitada**. Campinas, SP: Papirus, 1998.

LUZ, M.D. Identidade Masculino_feminino na Sociedade Urbana Brasileira Atual: Crise nas Representações." In: Poian, C.(org) **Homem-Mulher – Abordagens Sociais e Psicanalíticas**. Rio de Janeiro: Livraria Taurus Editora, 1987.

MARINEAU, R.M. **Jacob Levy Moreno. 1889-1974: Pai do Psicodrama, da Sociometria e da Psicoterapia de Grupo**. São Paulo: Ágora, p.59, 1992.

McKUSICK, L. et al. **Predictors of AIDS Behavioral risk reduction: The AIDS behavioral Research Project**. Paper presented at the New Zealand AIDS Foundation Prevention Education Workshop, Auckland, New Zealand, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico: AIDS**. Ano XI, no. 3, Junho a Agosto de 1998.

NEWMAN, C. et al. An evaluation of a school-based AIDS/HIV education program for young adults. **AIDS Education and Prevention**, 5(4), 327-339, 1993.

O'LEARY, A. Self Efficacy and Health. **Behavior Research Therapy**, 23, 437- 451, 1985.

_____. Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. **Cognitive Therapy and Research**, 16, 229-245, 1992.

O'LEARY, A. & JEMMOTT, L.S. General issues in the prevention of AIDS in women. In: O'LEARY, A. & JEMMOTT, L.S. (org) **Women at risk: Issues in the primary prevention of AIDS**. New York: Plenum Press, 1995.

O'LEARY, A. et al. Effects of an institutional AIDS Prevention Intervention: Moderation by Gender. **AIDS Education and Prevention**, 8(6), 516-528, 1996.

PAIVA, V.S.F. Sexualidade e Gênero num trabalho com Adolescentes para Prevenção do HIV/AIDS. In: Parker, R. et al (org.) **AIDS no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará: ABIA: IMS-UERJ, 1994.

_____. Sexual Empowerment and Reproductive Rights: Brazilian Teenagers and HIV Prevention. **Americas & Latinas: A Journal of Women and Gender**. California: Center for Latin American Studies, Stanford University, 1995.

_____. **Fazendo arte com camisinha: a história de um projeto de Prevenção de AIDS**. São Paulo: Tese de Doutorado - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1996.

_____. Gendered scripts and the sexual scene: promoting sexual subjects among Brazilian teenagers. In: PARKER, R (org) **Re-conceiving Sexuality**. (no prelo - 1998)

_____. O sujeito sexual: uma proposta de intervenção. **Sexualidade, Gênero e Sociedade**. Ano 5, número 10, Dez, 1998a.

PARKER, R.G. Diversidade sexual, análise sexual e educação sobre AIDS no Brasil. In: PARKER, R. (org.) **AIDS e Sexualidade: O ponto de vista das Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará: UERJ, 1994.

_____. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará: ABIA: IMS-UERJ, 1994b.

PARKER, R.G. et al. Cultura, sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre AIDS. In: Czeresnia, D. et al (org.) **AIDS: Pesquisa Social e Educação**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995.

PATTULLO, A.L.S. et al. Survey of knowledge, behavior and attitudes relating to HIV infection and AIDS among Kenyan secondary school students. **AIDS Care**, vol.6, nº 2, 173-181, 1994.

PLIGHT, J. & RICHARD, R. Changing adolescents' sexual behavior: perceived risk, self-efficacy and anticipated regret. **Patient Education and Counseling**, 23, 187-196, 1994.

RODRIGUES, A.M. O Hiato entre Conhecimento sobre as Vias de Transmissão e as Práticas de Prevenção da AIDS entre estudantes da USP: a atuação das ideologias coletivas de defesa. **Revista Psicologia USP**, vol 7, nº1/2, p.51-71, 1996.

ROSENBERGER, J. & WINEBURGH, M. Working with denial: a critical aspect in AIDS Risk Intervention. **Social Work in Health Care**, Vol 17(2), pp. 11-26, 1992.

ROSENTHAL, D et al. Adolescent self-efficacy, self-esteem, and sexual risk-taking. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, 1, 77-88, 1991.

ROSENSTOCK, I.M. What research in motivation suggests for public health. **American Journal of Public Health**, 50, 295-301, 1960.

_____. Why people use health services. **Milbank Memorial Foundation Quarterly**, 44, 94-124, 1960.

_____. Historical origins of the health belief model. **Health Education Monographs**, 2, 328-335, 1974.

ROSENSTOCK, I., STRECHER, V.J., BECKER, M.H. The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change. In: CIEMENTI, R. & PETERSON, J.L. **Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions**. New York: Plenum Press, 1994.

RUBIN, G. Thinking Sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: VANCE, C. **Pleasure and Danger: exploring female sexuality**. Boston: Routledge, 1984.

SANTOS, E.M. Comportamentos sexuais, práticas sexuais, habitus, trabalho erótico: uma contribuição ao estudo das sexualidades. In: CZERESNIA, D. et al. **AIDS: Ética, Medicina e Biotecnologia**. Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995

SÃO PAULO, Programa Estadual DST/AIDS do Município. **Boletim Epidemiológico de AIDS**. Ano I, nº 2, 2º trimestre de 1997.

SCHILLER, NG; CRYSTAL, S.; LEWELLEN, D. Risky business: the cultural construction of AIDS risk groups. **Soc.Sci.Med.** Vol 38, No10, pp. 1337-1346, 1994.

SCOTT, J. Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, nº 2, v.15; Porto Alegre, 1990.

SIEGEL, D. et al. Change in junior high-school students' AIDS-related knowledge, misconceptions, attitudes, and HIV-preventive behaviors: effects of a school-based intervention. **AIDS Education and Prevention**, 7(6), 534-543, 1995.

STIFFMAN, A.R. et al. Person and environment in HIV risk behavior change between adolescence and young adulthood. **Health education Quarterly**, vol.22 (2) 221-226, 1995.

TERTO JR., V. Sexo Seguro. In: PAIVA, V. & ALONSO, L. (org.) **Em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, 1992.

THE INSTITUTE FOR ADVANCED STUDY OF HUMAN SEXUALITY. **Guia Completo do Sexo Seguro**. São Paulo: GAPA, 1991.

VASCONCELLOS, E.G. AIDS e Morte Psicossomática. In: PAIVA, V. & ALONSO, L. **Em Tempos de AIDS**. Summus, São Paulo, 1992.

VILLELA, W.V. e BARBOSA, R.M. Repensando as relações entre gênero e sexualidade. In: PARKER, R. e BARBOSA, MR (org) **Sexualidade Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996.

VILASECA, G.A. **Masculino, Femenino, Poder y Transcendencia**. Trabalho apresentado no 11º Congresso Brasileiro e 4º Encontro Latino-Americano de Psicodrama. Campos do Jordão, novembro, 1998.

VILASECA, G.A. & BELLER, D. Acerca do femenino y lo masculino. **Revista Española Clínica y Análisis Grupal**. nº 69, mayo/agosto, 1995.

WIGHT, D. Impediments to safer heterosexual sex: a review of research with young people. **AIDS Care**, 4, 11, 1992.

WORTH, D. Decision making and AIDS: Why condom promotion among vulnerable women is likely to fail. **Studies in Family Planning**, 20, 297-307, 1989.

ANEXO A: “Labirinto”

ANEXO B: Questionário

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

NEPAIDS (Núcleo de Estudos para Prevenção da AIDS)

Caro(a) colaborador(a):

Sua participação é muito importante neste estudo. Seja bem vindo! Nesse projeto vamos avaliar uma proposta de prevenção à AIDS que nosso grupo criou. Acreditamos que este trabalho ajudará outras pessoas a fazerem programas de prevenção à AIDS mais eficientes, tratando questões sobre sexualidade e AIDS, falando tanto de prazer como de responsabilidade, procurando trabalhar as dificuldades concretas que todos nós temos de nos prevenir da AIDS.

Estamos muito preocupados pois o Brasil é o terceiro país no mundo em casos de AIDS. E de todos os casos de AIDS no Brasil, mais da metade esta na Grande São Paulo! Portanto, com a sua ajuda nas etapas do nosso trabalho, estaremos participando de um esforço mundial para diminuir o número de pessoas que todos os dias se contaminam com o HIV, o vírus que causa a AIDS. Nós sabemos que muitas perguntas que fazemos são muito íntimas e podem deixar algumas pessoas espantadas ou com vergonha. Nós não estamos "pegando leve" ou usando meias palavras. Mas é a única forma que temos de ter uma idéia das necessidades e hábitos de todos nós, brasileiros, nesses tempos de AIDS. Podemos então esclarecer melhor as pessoas, respeitando seus hábitos, gostos, necessidades, sua cultura e fé pessoal.

Lembre-se: as suas respostas serão mantidas como estritamente confidenciais. Haverá somente um número no questionário que o identificará, mas apenas as coordenadoras desta pesquisa, Camila e Cristina, terão acesso. Portanto, não haverá nenhum nome grudado ao seu questionário. Como psicólogas e pesquisadoras, a lei nos permite guardar segredo mesmo sob requisição da justiça. Os dados obtidos, com a sua colaboração, serão usados apenas em porcentagens, números e comentários gerais.

A sua honestidade e sinceridade nas respostas é muito, muito importante ! A nós não interessa julgar, dar qualquer opinião sobre o que as pessoas fazem ou deixam de fazer. Lembre-se: não se preocupe em dar a resposta socialmente correta. Procure responder sempre o que de fato você faz ou como faz, e não o que você acha certo fazer, deveria fazer ou gostaria de fazer. Seja verdadeiro, ok ?

Muito obrigada mesmo !

Camila Peres , M^a Cristina Antunes &

Equipe (Betina, Cely, Josiane, Rebeca, Fezao, Fezinho, Gustavo, Odonel, Vlad, Gabriel)

OBS: Qualquer dúvida ou esclarecimento adicional, mesmo depois de entregue esse questionário, por favor nos procure na Universidade de São Paulo - USP, no Instituto de Psicologia, NEPAIDS - Núcleo de Estudos para Prevenção da AIDS, no telefone: 818.4184 ou no endereço: Av. Prof.Mello Moraes, 1721 - Cx Postal 66.261. CEP: 05508-900 , São Paulo - SP

Data: ____/____/____

Código: _____

Corte: _____

____ 1. Quantos anos você tem? _____ (escreva aqui a sua idade)

____ 2. Qual o seu sexo? (assinale no quadradinho)

1. ☐ Feminino2. ☐ Masculino

____ 3. Que ano você está na escola ? _____ (escreva o ano)

____ 4. Qual o seu estado conjugal ?

1. ☐ solteiro(a)2. ☐ casado(a)3. ☐ divorciado(a)4. ☐ mora junto com parceiro(a)5. ☐ viúvo

____ 5. Qual a sua religião ?

1. ☐ Católica2. ☐ Evangélica3. ☐ Crente4. ☐ Espírita5. ☐ Umbanda/Candomblé6. ☐ Outras: _____7. ☐ Não tenho religião, sou ateu

____ 6. Qual a importância da religião na sua vida ?

1. ☐ Muito importante2. ☐ Importante3. ☐ Sem muita importância4. ☐ Nada importante

_____ 7. Quantos cômodos tem sua residência? _____ cômodos (some os quartos mais as salas mais os banheiros mais a cozinha e escreva aqui o número total)

_____ 8. Quantas pessoas dormem no mesmo quarto que você ? _____ (escreva o número de pessoas, além de você; se for só você coloque zero)

_____ 9. Somando, quantas pessoas moram na mesma casa que você ? _____ (sem contar você)

10. Com quem você mora atualmente ? (assinale ao lado todos os tipos de pessoas que vivem com

- _____ 1. ( ) moro sozinho _____ você)
- _____ 2. ( ) pai ou padrasto
- _____ 3. ( ) mãe ou madrasta
- _____ 4. ( ) irmãos
- _____ 5. ( ) tios
- _____ 6. ( ) primos
- _____ 7. ( ) avós
- _____ 8. ( ) esposo ou esposa
- _____ 9. ( ) namorado ou namorada
- _____ A. ( ) filhos
- _____ B. ( ) amigos
- _____ C. ( ) patrão
- _____ D. ( ) outra(s) pessoa(s) _____

_____ 11. Atualmente, você está trabalhando ?

1. ( ) Não. (Se você assinalou essa, pule a próxima questão e vá para a questão 13)
2. ( ) Sim.

_____ 12. Quanto você ganha por mês ?

1. ( ) Menos de um salário mínimo.
2. ( ) De 1 a 2 salários mínimos.
3. ( ) De 2 a 5 salários mínimos.
4. ( ) De 5 a 10 salários mínimos.
5. ( ) Mais de dez salários mínimos.

_____ 13. Como você descreveria você mesmo? (sua raça, etnia ou cor)

1. ☐ Sou de origem oriental
2. ☐ Sou da raça negra
3. ☐ Sou da raça branca
4. ☐ Sou moreno(a) ou mulato(a)
5. ☐ Sou de origem indígena
6. ☐ Outras: _____

14. Abaixo estão algumas afirmações que a gente escuta por aí. Responda **para todas as frases** o quanto você **CONCORDA** ou **DISCORDA** de cada uma delas. (Para cada frase faça um X no quadradinho abaixo da resposta que você escolheu)

	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO MAIS QUE DISCORDO	DISCORDO MAIS QUE CONCORDO	DISCORDO TOTALMENTE
_____ 1. O homem precisa tomar a iniciativa no namoro.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
_____ 2. O cuidado com os filhos é tarefa da mulher.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
_____ 3. O homem deve saber mais sobre sexo do que a mulher.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
_____ 4. A responsabilidade de evitar filhos é da mulher.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
_____ 5. O sustento da casa é tarefa do homem.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
_____ 6. A mulher que carrega camisinha na bolsa parece estar disponível para qualquer um.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
_____ 7. Um homem não consegue dizer não quando uma mulher dá bola para ele.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
_____ 8. A mulher deve pensar mais nas consequências do sexo do que o homem.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐

15. Para cada uma das afirmações abaixo assinale **o quanto** cada uma delas acontece com você.
(Para cada frase faça um X num dos quadradinhos ao lado da pergunta)

	NUNCA	DE VEZ EM QUANDO	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
_____ 1. Eu aceito a opinião de minha família nas minhas decisões.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 2. Eu preciso amar a pessoa para fazer sexo com ela.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 3. Eu converso sobre assuntos de sexo com meu pai ou padrasto.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 4. Eu converso sobre assuntos de sexo com minha mãe ou madrasta.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 5. Eu tenho dificuldade de conviver com pessoas que tem preferências homossexuais.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )

Agora vamos fazer algumas perguntas mais íntimas. Por favor, em caso de qualquer dúvida converse com os monitores. Para nossa pesquisa é muito importante que as suas respostas sejam verdadeiras e lembre-se que elas serão mantidas em segredo.

_____ **16.** Assinale quais dessas práticas você já fez numa **relação sexual** até hoje: (pode assinalar mais de uma)

1. ( ) Relação vaginal - penetração do pênis (pinto, pau) na vagina (buceta, xoxota)
2. ( ) Relação anal - penetração do pênis no ânus (cu)
3. ( ) Contato do pênis com a vagina, sem penetração (rala-rala)
4. ( ) Sexo oral (boca/vagina, boca/pênis)
5. ( ) Penetração do dedo na vagina ou no ânus
6. ( ) Não fiz nenhuma dessas coisas. **(Se você assinalou essa, pule as próximas questões e vá direto para a questão 39, na página 14)**

As próximas questões são pra quem transou nos últimos 6 meses

_____ 17. Você teve alguma dessas práticas sexuais **NOS ÚLTIMOS 6 MESES?**

1. ☐ NÃO. (Se você assinalou essa, pule as próximas questões e vá para a questão 39 página 14)
2. ☐ SIM. (Se você assinalou essa, continue na próxima questão)

Para você responder as próximas perguntas estamos chamando de PARCEIRO(A) REGULAR:

a pessoa com quem você transa regularmente; uma pessoas que faz parte da sua vida, por exemplo: num namoro, num casamento, num caso. Se você tem mais de um, considere aquele(a) com quem você tem relações sexuais mais frequentemente (mais vezes).

_____ 18. Atualmente, você tem relações sexuais com um(a) parceiro(a) regular ?

1. ☐ NÃO. (Se você assinalou essa, pule as próximas questões e vá para a questão 26 página 8)
2. ☐ SIM . (Se você assinalou essa, continue na próxima questão.)

_____ 19. O seu parceiro regular é: (assinale um X em uma das respostas)

1. ☐ Homem
2. ☐ Mulher

_____ 20. Que tipo de relacionamento você tem com este parceiro(a) regular?

1. ☐ é um namoro
2. ☐ é um caso
3. ☐ é um casamento
4. ☐ moram juntos (são ajuntados)

_____ 21. Pensando no(a) seu parceiro(a) regular, assinale uma das alternativas:

1. ☐ Ele(a) só transa comigo.
2. ☐ Ele(a) transa com mais gente além de mim
3. ☐ Não sei se ele(a) transa com mais gente além de mim.

Lembre-se: leia todas as alternativas antes de responder as perguntas.

_____ **22. NOS ÚLTIMOS 6 MESES**, com seu parceiro(a) regular, você usou **CAMISINHA** quando teve relação sexual com **penetração vaginal**?

1. ☐ Não tivemos relação com penetração vaginal (**pule para a próxima questão**)
2. ☐ Tivemos relação com penetração vagina (**responda uma das alternativas abaixo**)

- 2a. ☐ Não usamos camisinha nos últimos 6 meses nas relações vaginais
- 2b. ☐ Menos da metade das vezes usamos camisinha nas relações vaginais
- 2c. ☐ Mais da metade das vezes usamos camisinha nas relações vaginais
- 2d. ☐ Usamos camisinha todas as vezes nas relações vaginais

_____ **23. NOS ÚLTIMOS 6 MESES**, com sua parceiro(a) regular, você usou **CAMISINHA** quando teve relação sexual com **penetração anal** ?

1. ☐ Não tivemos relação com penetração anal (**pule para a próxima questão**)
2. ☐ Não tivemos relação com penetração anal (**responda uma das alternativas abaixo**)

- 2a. ☐ Não usamos camisinha nos últimos 6 meses nas relações anais
- 2b. ☐ Menos da metade das vezes usamos camisinha nas relações anais
- 2c. ☐ Mais da metade das vezes usamos camisinha nas relações anais
- 2d. ☐ Usamos camisinha todas as vezes nas relações anais

_____ **24. NOS ÚLTIMOS 6 MESES**, quando fizeram **sexo oral** vocês usaram **CAMISINHA**?

1. ☐ Não fizemos sexo oral (**pule para a próxima questão**)
2. ☐ Fizemos sexo oral (**responda uma das alternativas abaixo**)

- 2a. ☐ Não usamos camisinha nos últimos 6 meses quando fizemos sexo oral
- 2b. ☐ Menos da metade das vezes usamos camisinha quando fizemos sexo oral
- 2c. ☐ Mais da metade das vezes usamos camisinha quando fizemos sexo oral
- 2d. ☐ Usamos camisinha todas as vezes quando fizemos sexo oral

_____ **25. NOS ÚLTIMOS 6 MESES**, quantas vezes você teve **relações sexuais** com seu parceiro(a) regular: _____ (tente somar mais ou menos o número de vezes)

_____ (escreva aqui o número de vezes)

Para você responder as próximas perguntas estamos chamando de PARCEIRO(A) CASUAL:
a pessoa com quem você "fica" e teve ou tem relação sexual SEM compromisso
(não é namoro, nem casamento, nem caso)

_____ **26. NOS ÚLTIMOS 6 MESES**, você teve relações sexuais: (faça um X na alternativa que você escolher)

1. ☐ APENAS com parceiro(a) regular. (**Se você assinalou essa, pule para a questão 34 , pág.11**)
2. ☐ APENAS com parceiros(as) casuais (**Se você assinalou essa, continue na próxima questão**)
3. ☐ Com parceiros(as) regulares e parceiros casuais (**Se você assinalou essa, continue na próxima questão**)

27. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, com quantos **parceiros casuais** você teve relações sexuais? (coloque o número de mulheres e/ou homens no espaço; caso não tenha nenhum escreva zero)

_____ 1.HOMENS: _____ (escreva aqui o número de homens)

_____ 2.MULHERES: _____ (escreva aqui o número de mulheres)

_____ **28. NOS ÚLTIMOS 6 MESES**, com **seus parceiros(as) casuais (homens)**, você usou camisinha quando teve relação sexual com **penetração vaginal**?

- e. ☐ Não tive relações sexuais com homem (**pule para a próxima questão**)
1. ☐ Tive relação sexual com homem mas não tive relação vaginal (**pule para a próxima questão**)
  2. ☐ Tive relação vaginal com homem (**responda uma das alternativas abaixo**)

- 2a. ☐ Não usamos camisinha nos últimos 6 meses nas relações vaginais
- 2b. ☐ Menos da metade das vezes usamos camisinha nas relações vaginais
- 2c. ☐ Mais da metade das vezes usamos camisinha nas relações vaginais
- 2d. ☐ Usamos camisinha todas as vezes nas relações vaginais

____ **29. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, com suas parceiras(as) casuais (mulheres),** você usou camisinha quando teve relação sexual com **penetração vaginal?**

- e. ☐ Não tive relações sexuais com mulheres (**pule para a próxima questão**)
1. ☐ Tive relação sexual com mulher mas não tive relação vaginal (**pule para a próxima questão**)
2. ☐ Tive relação vaginal com mulher (**responda uma das alternativas abaixo**)

- 2a. ☐ Não usamos camisinha nos últimos 6 meses nas relações vaginais
- 2b. ☐ Menos da metade das vezes usamos camisinha nas relações vaginais
- 2c. ☐ Mais da metade das vezes usamos camisinha nas relações vaginais
- 2d. ☐ Usamos camisinha todas as vezes nas relações vaginais

____ **30. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, com seus parceiros casuais (homens),** você usou camisinha quando teve relação sexual com **penetração anal ?**

- e. ☐ Não tive relações sexuais com homem (**pule para a próxima questão**)
1. ☐ Tive relação sexual com homem mas não tive relação anal. (**pule para a próxima questão**)
2. ☐ Tive relação anal com homem (**responda uma das alternativas abaixo**)

- 2a. ☐ Não usamos camisinha nos últimos 6 meses nas relações anais
- 2b. ☐ Menos da metade das vezes usamos camisinha nas relações anais
- 2c. ☐ Mais da metade das vezes usamos camisinha nas relações anais
- 2d. ☐ Usamos camisinha todas as vezes nas relações anais

____ **31. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, com suas parceiras casuais (mulheres),** você usou camisinha quando teve relação sexual com **penetração anal ?**

- e. ☐ Não tive relações sexuais com mulher (**pule para a próxima questão**)
1. ☐ Tive relação sexual com mulher mas não tive relação anal. (**pule para a próxima questão**)
2. ☐ Tive relação anal com mulher (**responda uma das alternativas abaixo**)

- 2a. ☐ Não usamos camisinha nos últimos 6 meses nas relações anais
- 2b. ☐ Menos da metade das vezes usamos camisinha nas relações anais
- 2c. ☐ Mais da metade das vezes usamos camisinha nas relações anais
- 2d. ☐ Usamos camisinha todas as vezes nas relações anais

_____ **32. NOS ÚLTIMOS 6 MESES**, quando você fez **sexo oral** nos seus **parceiros casuais (homens)** ele estava com camisinha?

- e. ☐ Não tive relações sexuais com homem **(pule para a próxima questão)**
1. ☐ Tive relação sexual com homem mas não fiz sexo oral nele. **(pule para a próxima questão)**
2. ☐ Fiz sexo oral com homem **(responda uma das alternativas abaixo)**

- 2a. ☐ Nos últimos 6 meses, ele nunca estava com camisinha quando fiz sexo oral

2b. ☐ Menos da metade das vezes ele estava com camisinha quando fiz sexo oral

2c. ☐ Mais da metade das vezes ele estava com camisinha quando fiz sexo oral

2d. ☐ Ele estava com camisinha todas as vezes quando fiz sexo oral nele

_____ **33. NOS ÚLTIMOS 6 MESES**, você fez **sexo oral** nas suas **parceiras casuais (mulheres)** quando transaram?

- e. ☐ Não tive relações sexuais com mulheres **(pule para a próxima questão)**
1. ☐ Tive relação sexual com mulheres mas não fiz sexo oral. **(pule para a próxima questão)**
2. ☐ Fiz sexo oral em minhas parceiras mulheres **(responda uma das alternativas abaixo)**

- 2a. ☐ Menos da metade das vezes fiz sexo oral nas minhas parceiras

2b. ☐ Mais da metade das vezes fiz sexo oral nas minhas parceiras

2c. ☐ Fiz sexo oral na minha parceira todas as vezes que transamos

_____ **34. NOS ÚLTIMOS 6 MESES** você costumou **dar** dinheiro, pagar, dar presentes ou oferecer favores em troca de sexo ?

1. ☐ Sempre ofereço.
2. ☐ Já ofereci muitas vezes.
3. ☐ Às vezes ofereço.
4. ☐ Raramente ofereço.
5. ☐ Nunca ofereci.

_____ **35. NOS ÚLTIMOS 6 MESES**, você **aceitou** dinheiro, presentes ou favores para fazer sexo com alguém ?

1. ☐ Sempre aceito.
2. ☐ Aceito muitas vezes.
3. ☐ Raramente aceito.
4. ☐ Às vezes aceito.
5. ☐ Nunca aceito.

_____ 36. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, você usou CAMISINHA TODAS AS VEZES que transou?

1. ( ) SIM (se você assinalou essa, pule para a questão 38)

2. ( ) NÃO (se você assinalou essa, continue respondendo a próxima questão)

37. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, você acha que NÃO USOU CAMISINHA PORQUE... (para cada frase assinale um X num dos quadradinhos ao lado para dizer o quanto isso aconteceu com você)

	NENHUMA VEZ	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	TODAS AS VEZES
_____ 1. Não usei pois conhecia o(a) parceiro(a). Confiava nele(a).	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 2. Não usei pois já usava outro método para evitar filhos ou não tinha perigo de gravidez.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 3. Não usei pois o(a) parceiro(a) não queria usar e foi difícil convencê-lo(a).	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 4. Não usei pois não tinha camisinha na hora.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 5. Não usei pois não gosto de usar camisinha.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 6. Não usei pois estava apaixonado(a) pela pessoa.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 7. Não usei pois é brochante. Faz perder a ereção (pau duro) ou o tesão.	11. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 8. Não usei pois achei que ele/ela não tinha AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 9. Nós não usamos camisinha antes e não achamos que haja razão para usar agora.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 10. Não usei pois estava com muito tesão, não quis parar e colocar.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 11. Não usei pois tinha bebido e estava meio chapado(a)	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 12. Não usei pois fizemos o teste e não temos o vírus da AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )

38. Responda para **todas as frases** abaixo a frequência que isso acontece com você (para cada uma das frases, marque um X num dos quadradinhos ao lado)

	Nunca	Algumas Vezez	Muitas Vezez	Sempre
_____ 1. Tenho vergonha de falar do que eu gosto ou não gosto numa transa.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 2. Quando ele(a) pede para fazer certas coisas eu faço, mesmo não gostando muito.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 3. Quando tenho relações sexuais, eu sou a pessoa que decide o que fazemos e como fazemos.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 4. Fico mais excitado(a) quando a relação acontece de surpresa.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 5. Sempre que vou fazer sexo tem que haver algum tipo de penetração.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 6. Transo logo depois de ficar zonzinho (alto, ligado) por tomar bebida alcoólica.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 7. Transo logo depois de usar algum tipo de droga (maconha, cocaína, drogas injetáveis, etc)	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )

39. Responda se você **já teve** alguma dessas coisas **na sua vida e nos últimos 6 meses**. (responda todos os ítems)

	Na sua vida	Nos últimos 6 meses
_____ 1. Transfusão de sangue	1. ☐ Sim 2. ☐ Não	1. ☐ Sim 2. ☐ Não
_____ 2. Sífilis (médico que disse)	1. ☐ Sim 2. ☐ Não	1. ☐ Sim 2. ☐ Não
_____ 3. Gonorréia (médico que disse)	1. ☐ Sim 2. ☐ Não	1. ☐ Sim 2. ☐ Não
_____ 4. Corrimento e/ou coceira (no pênis ou na vagina)	1. ☐ Sim 2. ☐ Não	1. ☐ Sim 2. ☐ Não
_____ 5. Machucado ou feridas na região genital	1. ☐ Sim 2. ☐ Não	1. ☐ Sim 2. ☐ Não

_____ **40.** Você usou alguma droga (cocaína, heroína) injetável (pico, baque) nos últimos 6 meses ?

1. ☐ NÃO (Se você assinalou essa, pule as próximas questões e vá para a questão 45)
2. ☐ SIM (Se você assinalou essa, continue na próxima questão)

_____ **41.** Quando você injeta drogas, você usa a mesma agulha/seringa que outra pessoa ?

1. ☐ Sempre
2. ☐ Na maioria das vezes
3. ☐ De vez em quando
4. ☐ Nunca. (Se você assinalou essa, pule as próximas questões e vá para a questão 45)

_____ **42. NOS ÚLTIMOS 6 MESES**, quantas vezes você usou a mesma agulha/seringa de outra pessoa?

_____ (escreva aqui o número de vezes)

_____ **43. Você limpou** a agulha e seringa, que a outra pessoa usou, antes de ser usada por você ?

1. ☐ Nenhuma vez.(se você assinalou essa, pule para a questão 45)
2. ☐ Menos da metade das vezes.
3. ☐ Mais da metade das vezes.
4. ☐ Todas as vezes.

_____ **44. Como você limpou** a agulha/seringa ?

1. ☐ água
2. ☐ cândida (água sanitaria, Qboa)
3. ☐ álcool
4. ☐ papel, tecido (pano)
5. ☐ outro

45. Assinale o quanto você tem **conversado** sobre esses assuntos **com os seus amigos NOS ÚLTIMOS 6 MESES:** (faça um X num dos quadradinhos ao lado de cada um dos assuntos)

Conversamos sobre:	NENHUMA VEZ	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE
_____ 1. Uso de camisinha.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
_____ 2. Como evitar AIDS.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
_____ 3. Prazer no sexo.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
_____ 4. Como evitar filhos.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
_____ 5. Quando ter filhos.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
_____ 6. Fazer o teste da AIDS.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐
_____ 7. Fidelidade e infidelidade.	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐

**Atenção: a próxima questão é apenas para quem já teve relações sexuais.
Se você nunca transou, faça um X no quadradinho abaixo e
pule para a questão 47.**

e. ( ) Nunca tive relação sexual. (se você assinalou aqui, pule para a questão 47)

46. Responda o quanto você tem **conversado** sobre tais assuntos com seus **parceiros (as) sexuais**,
NOS ÚLTIMOS 6 MESES: (faça um X num dos quadradinhos ao lado de cada um dos assuntos)

Conversamos sobre:	NENHUMA VEZ	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE
____ 1. Uso de camisinha.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 2. Como evitar AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 3. Prazer no sexo.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 4. Como e quando evitar filhos.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 5. Como e quando ter filhos.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 6. Fazer o teste da AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 7. Fidelidade e infidelidade.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )

47. Responda **para todas as frases** o quanto você **CONCORDA** ou **DISCORDA** de cada uma delas.
(Para cada frase faça um X num dos quadradinhos ao lado; mesmo que você nunca tenha transado, tente imaginar o que aconteceria)

	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO MAIS QUE DISCORDO	DISCORDO MAIS QUE CONCORDO	DISCORDO TOTALMENTE
_____ 1. Eu sou capaz de me proteger do vírus da AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 2. Se meu parceiro não quiser usar camisinha, eu transo assim mesmo.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 3. Eu sou capaz de sempre usar camisinha com todos os meus parceiros sexuais.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 4. As camisinhas não são seguras pois estouram com facilidade.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 5. Usando sempre camisinha, eu não vou pegar AIDS pela relação sexual.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 6. Se o meu destino for pegar AIDS não adianta fazer nada, eu pego.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 7. Se algum pedaço de camisinha ficar dentro da mulher, pode causar câncer.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )

48. Responda para **todas as frases** o quanto você **CONCORDA** ou **DISCORDA** com cada uma delas. **Dê sua opinião, mesmo que você não tenha certeza, tente imaginar o que acontece:** (responda com um X no quadradinho ao lado de cada frase)

	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO MAIS QUE DISCORDO	DISCORDO MAIS QUE CONCORDO	DISCORDO TOTALMENTE
_____ 1. Se meus amigos transam, eles usam camisinha.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 2. A maioria de meus amigos se previnem contra a AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 3. Os meus amigos não usam camisinha com pessoas que eles conhecem bem.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 4. Meus amigos me dão incentivo para usar camisinha.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 5. Meus amigos dizem que pessoas como nós não precisam usar camisinha pois não correm risco de pegar AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )

49. Responda para **todas as frases** o quanto você **CONCORDA** ou **DISCORDA** com cada uma delas: (responda com um X ao lado de cada frase)

	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO MAIS QUE DISCORDO	DISCORDO MAIS QUE CONCORDO	DISCORDO TOTALMENTE
_____ 1. Eu poderia pegar o vírus da AIDS usando uma seringa que foi usada por outra pessoa.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 2. Eu iria a um dentista que tem o vírus da AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 3. Hoje eu tenho chance de já ter o vírus da AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 4. No futuro, o risco de eu pegar o vírus da AIDS é pequeno.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )

50. Agora dê sua **opinião sobre a camisinha**. Mesmo que você nunca tenha transado, **tente imaginar** o que acontece: (faça um X ao lado de cada frase respondendo o quanto você **CONCORDA** ou **DISCORDA** de cada uma delas)

EU ACHO QUE:	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO MAIS QUE DISCORDO	DISCORDO MAIS QUE CONCORDO	DISCORDO TOTALMENTE
_____ 1. A camisinha diminui o prazer.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 2. A camisinha é barato, dá pra comprar.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 3. A camisinha atrapalha a transa.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 4. A camisinha é nojenta.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 5. A camisinha é fácil de colocar.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 6. A camisinha pode ser usada com prazer.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 7. A camisinha é difícil de comprar pois eu tenho vergonha.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 8. A camisinha não precisa ser usada com a pessoa que eu amo para evitar doenças.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
_____ 9. A camisinha pode ser usada para evitar filho.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )

_____ **51.** Agora dê a sua opinião. **Quando eu for fazer sexo, eu vou usar camisinha...**
(responda com um X uma das alternativas)

1. ( ) Só com parceiros(as) que eu não conheço.
2. ( ) Sempre, com todos meus parceiros(as)
3. ( ) Nunca, com ninguém.

52. Responda para **todas as frases** o quanto você **CONCORDA** ou **DISCORDA** com cada uma delas: (responda com um X ao lado de cada frase)

	COM CERTEZA SIM	ACHO QUE SIM	ACHO QUE NÃO	COM CERTEZA NÃO
____ 1. Pessoas como eu podem pegar o vírus da AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 2. O vírus da AIDS pode ser transmitido por sexo anal sem camisinha.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 3. Pessoas que tem as mesmas práticas sexuais que eu tenho, podem pegar o vírus da AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 4. Uma mulher pode transmitir o vírus da AIDS para um homem numa relação vaginal sem camisinha.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 5. AIDS só pega em homossexuais (bicha, viado)	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 6. Eu não daria um abraço numa pessoa que tem o vírus da AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 7. Um homem pode transmitir o vírus da AIDS para uma mulher numa relação vaginal sem camisinha.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 8. Somente prostitutas podem pegar o vírus da AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 9. Eu não trabalharia com alguém que tem o vírus da AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 10. Uma pessoa pode transmitir o vírus da AIDS apesar de estar com saúde.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 11. Eu me preocupo em me prevenir do vírus da AIDS	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )
____ 12. Eu não usaria o mesmo banheiro usado por pessoas que tem o vírus da AIDS.	1. ( )	2. ( )	3. ( )	4. ( )

53. Tente imaginar o que você faria SE VOCÊ SOUBESSE QUE ESTÁ COM VÍRUS DA AIDS...

(Marque SIM ou NÃO para cada uma das frases)

	SIM	NÃO
_____ 1. Contaria para os amigos	1. ( )	2. ( )
_____ 2. Iria se sentir sozinho.	1. ( )	2. ( )
_____ 3. Poderia contar para as pessoas do seu trabalho.	1. ( )	2. ( )
_____ 4. Iria querer continuar a transar e namorar.	1. ( )	2. ( )
_____ 5. Iria contar para o seu dentista.	1. ( )	2. ( )
_____ 6. Contaria para pessoas da sua família.	1. ( )	2. ( )
_____ 7. Conhece alguém que te apoiaria.	1. ( )	2. ( )

_____ **54.** Em relação ao teste que descobre a presença do vírus da AIDS:

1. ( ) Nunca ouvi falar desse teste. **(se você assinalou essa, pule para a questão 57)**
2. ( ) Nunca pensei em fazer o teste da AIDS. **(se você assinalou essa, pule para a questão 57)**
3. ( ) Já pensei em fazer o teste algumas vezes, mas não fiz. **(pule para a questão 57)**
4. ( ) Já pensei em fazer o teste muitas vezes, mas não fiz. **(pule para a questão 57)**
5. ( ) Já fiz o teste da AIDS

_____ **55.** Quantas vezes você fez o teste para saber se tem AIDS?

_____ vezes (escreva aqui o número de vezes)

_____ **56.** Qual foi o resultado? (faça um X na alternativa)

1. ( ) positivo
2. ( ) negativo

_____ **57.** Você gostou de responder este questionário ?

1. ☐ Adorei
2. ☐ Gostei muito
3. ☐ Não gostei muito
4. ☐ Detestei

_____ **58.** Você achou difícil responder este questionário ?

1. ☐ Sim
2. ☐ Não
3. ☐ Mais ou menos

_____ **59.** Em algum momento você sentiu vergonha de responder esse questionário ?

1. ☐ Muitas vezes
2. ☐ Algumas vezes
3. ☐ Poucas vezes
4. ☐ Nenhuma vez

_____ **60.** Você acha que aprendeu alguma coisa respondendo este questionário?

1. ☐ Muitas coisas
2. ☐ Algumas coisas
3. ☐ Poucas coisas
4. ☐ Nada

_____ **61.** Você acha que este questionário agrediu sua intimidade?

1. ☐ Muito
2. ☐ Mais ou menos
3. ☐ Um pouco
4. ☐ Nada

Como havíamos combinado anteriormente, daqui à 6 meses você será convocado(a) novamente para responder este questionário. Por isso é necessário que tenhamos alguns dados seus para nos comunicarmos com você. Esta folha ficará guardada em local seguro, onde ninguém terá acesso, apenas as coordenadoras deste projeto. Esta folha não estará anexada ao seu questionário, o que garante que não poderemos saber quem realmente o respondeu.

Por favor, escreva legível e em letra de forma.

_____

nome

_____

endereço (rua, número casa ou apto, bairro)

_____

cidade

_____

cep

_____

telefone para contato

Precisamos também dos dados de alguma pessoa que possa dizer onde encontrá-lo(a), caso você mude de endereço. Pode ser alguém da família ou algum amigo(a).

_____

nome da pessoa para o contato

_____

endereço da pessoa(rua, número casa ou apto, bairro)

_____

cidade

_____

cep

_____

telefone para contato

Sempre que entrarmos em contato com você, vamos nos identificar como sendo "os pesquisadores da USP sobre a saúde de jovens da cidade de São Paulo", ok ?!!!

Código: _____

Corte: _____