ANTONIO CARLOS GIL

**AIDS: PERCEPÇÃO DE RISCO PESSOAL E CONDUTA
SEXUAL PREVENTIVA DE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS DA GRANDE SÃO PAULO**

Tese apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de
São Paulo, Departamento de Prática
de Saúde Pública, para obtenção do
título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Professora Associada Edméa Rita Temporini Nastari

São Paulo

1998

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

39141/99 (doc)

RESUMO

Este estudo teve por objeto a percepção de risco pessoal e a conduta sexual preventiva em relação a AIDS de estudantes universitários da região da Grande São Paulo. Realizou-se um “survey analítico”, cujos dados foram obtidos a partir de uma amostra de 1039 estudantes de cursos das áreas de Ciências Exatas e Ciências Humanas, selecionada pelo critério da intencionalidade. Como instrumento de medida utilizou-se um questionário auto-aplicado, com questões elaboradas a partir de estudo exploratório. Os resultados indicaram que os estudantes apresentam-se bem informados acerca dos modos de transmissão da AIDS e consideram-na uma doença muito grave, embora considerem pequena a probabilidade de virem a contrai-la. Menos de metade dos estudantes declararam ter usado camisinha nas relações sexuais mantidas nos últimos trinta dias, sendo essa proporção menor em relação às moças. Não foram verificadas relações significativas entre conhecimentos sobre AIDS e percepção de risco de contrai-la, porém os estudantes que admitiram conhecer menos a respeito são os que se percebem mais suscetíveis à AIDS. Os estudantes cuja percepção de risco em relação à AIDS é maior são os que apresentaram atitudes mais favoráveis aos homossexuais e os que avaliaram menos negativamente a conduta sexual dos pacientes de AIDS. O fato de admitir a gravidade da AIDS, no entanto, parece não conduzir a condutas sexuais preventivas. Os estudantes cuja conduta sexual denota maior risco são os que manifestaram maior propensão à crença de que a AIDS está relacionada ao homossexualismo. A aceitação de que a camisinha reduz o prazer nas relações sexuais está relacionada ao menor número de parceiros. Sugere-se que sejam desenvolvidos programas destinados a universitários que

ênfatizem aspectos afetivos e que procurem descaracterizar a AIDS como doença relacionada a grupos de risco. Sugere-se também que esses programas envolvam a participação dos pares.

Unitermos: AIDS, percepção de risco, conduta sexual, estudantes universitários

SUMMARY

This study focused the perception of personal risk and preventive sexual behavior related to AIDS concerning university students attending schools at the Great São Paulo region, State of São Paulo, Brazil. An analytical survey was carried out with a sample constituted of 1039 students attending courses on the fields of Exact Sciences and Human Sciences. The sample obeyed the criterion of intentionality. An exploratory study aiming the elaboration of questions preceded the measuring tool of this survey, which comprehended a self-applied questionnaire. Data disclosed that the students present themselves as well informed on the ways of AIDS transmission. Although considering AIDS a very serious disease, they indicate a low probability of coming to get it. Less than half the students report having used condom in their sexual intercourse in the last thirty days, this proportion is lower when young women are considered. No significant relationships were found out between AIDS knowledge and perception of the risk of coming to get it; however, the students who admit having less knowledge about AIDS are the ones who perceive themselves as more susceptible to it. On the other hand, the students whose risk perception in relation to AIDS is higher are the ones who present more favorable attitudes toward homosexuals and who have a less negative evaluation regarding the sexual behavior of AIDS patients. Notwithstanding, admitting the seriousness of AIDS seem does not necessarily imply preventive sexual behaviors. Students whose sexual behavior points to a higher risk are the ones who display a higher degree of adherence to the belief that AIDS is related to homosexuality. The statement that the condom reduces pleasure in the sexual intercourse is related to a lesser number of sexual partners. Taking in view the results of the survey, the

Author suggests the development of programs targeted to university students emphasizing affective aspects and attempting to deprive AIDS of the characteristic of being seen as a disease related to risk groups. It is also proposed that these programs get the participation of the peers .

Uniterms: AIDS, risk perception, sexual behavior, university students.

AGRADECIMENTOS

À Professora Associada Edméa Rita Temporini Nastari, a orientação segura e a amizade demonstrada em todas as etapas da pesquisa.

À Professora Doutora Isabel Maria Teixeira Bicudo, as sugestões oferecidas nos seminários e Exame de Qualificação.

Ao Doutor Jacyr Pasternak, as observações no Exame de Qualificação, que muito contribuíram para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos dirigentes da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, da Universidade Mackenzie, da Universidade São Judas Tadeu, do Instituto Municipal de Ensino Superior de São Caetano do Sul, das Faculdades Metropolitanas Unidas e da Faculdade de Economia São Luís, a autorização para a coleta de dados no âmbito desses estabelecimentos de ensino.

Ao Doutor Antonio Carlos de Albuquerque Bandeira, a assessoria na análise estatística dos dados.

A Maria do Carmo Medeiros, o valioso auxílio no processamento dos dados, elaboração das tabelas, diagramação e digitação do texto.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP - cujo auxílio financeiro tornou possível a realização da pesquisa.

Aos estudantes universitários que por meio de entrevistas e preenchimento de questionários proporcionaram os dados necessários para o desenvolvimento da pesquisa.

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 A dimensão social da AIDS	2
1.2 Educação e prevenção da AIDS	9
1.3 A necessidade de pesquisas sociais	21
1.4 Modelos teóricos de explicação relacionados à percepção de risco e conduta sexual preventiva	28
1.5 Pesquisas empíricas sobre percepção e conduta sexual preventiva em relação à ADS	35
1.6 A população da pesquisa	44
2. OBJETIVOS	45
3. MÉTODO	47
3.1 Tipo de pesquisa	48
3.2 População e amostra	48
3.3 Seleção das variáveis	49
3.3.1 Variáveis dependentes	49
3.3.2 Variáveis independentes	50
3.4 Operacionalização das variáveis	51
3.5 Instrumento de medida	53
3.6 Pesquisa exploratória	53
3.7 Pré-teste do instrumento	55
3.8 Coleta de dados	55
3.9 Processamento dos dados	56

	Pág.
3.10 Procedimentos para análise dos dados	57
3.10.1 Valor escalar médio	57
3.10.2 Análise das relações entre variáveis	58
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	59
4.1 Considerações preliminares	60
4.2 Características da amostra	61
4.2.1 Características pessoais	61
4.2.2 Características acadêmicas	63
4.3 Percepções relacionadas à AIDS	65
4.3.1 Percepção acerca do risco pessoal de contrair AIDS	65
4.3.2 Auto-avaliação em relação aos conhecimentos em relação a AIDS	67
4.3.3 Opinião acerca da fidedignidade das informações sobre AIDS veiculadas pela mídia	68
4.3.4 Percepção acerca da gravidade da AIDS	70
4.3.5 Percepção acerca da suscetibilidade de grupos de risco em relação à AIDS	73
4.3.6 Julgamento moral da AIDS	78
4.3.7 Conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV	79

4.3.8 Convivência com pessoas que contraíram o HIV ou morreram de AIDS	82
4.3.9 Competência pessoal para prevenção da AIDS	83
4.3.10 Percepção acerca da eficácia do uso da camisinha para a prevenção da AIDS	85
4.3.11 Opinião acerca da influência da camisinha no prazer nas relações sexuais	86
4.3.12 Opinião acerca dos homossexuais	88
4.3.13 Opinião acerca dos profissionais do sexo	89
4.3.14 Percepção acerca das influências dos pares	91
4.3.14.1 Percepção sobre comportamento de risco	92
4.3.14.2 Percepção de risco em relação aos colegas contraírem AIDS	95
4.3.14.3 Percepção acerca da competência dos pares para prevenir-se em relação à AIDS	96
4.3.14.4 Influência dos pares em relação à prevenção da AIDS	98
4.3.14.5 Percepção acerca da Igreja Católica em relação à AIDS	99

	Pág.
4.4 Comportamento sexual	102
4.4.1 Relacionamento sexual	102
4.4.2 Parceria sexual fixa	103
4.4.3 Parceiros sexuais nos últimos seis meses	107
4.4.4 Relações sexuais mantidas nos últimos trinta dias ..	108
4.4.5 Uso da camisinha	109
4.4.6 Hábito de conversar sobre assuntos relacionados à AIDS	110
4.4.7 Mudança de conduta em relação à AIDS	113
4.4.8 Pessoas em quem confiariam para manter relações sexuais	116
4.5 Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e conduta sexual preventiva	118
4.6 Resultados relativos a relação entre variáveis independentes e a percepção de risco pessoal de contrair AIDS	125
4.6.1 Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e variáveis demográficas e acadêmicas	125
4.6.2 Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e proximidade a pessoas que ficaram doentes ou morreram de AIDS	126

4.6.3	Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e conhecimentos e opiniões relativas à AIDS	127
4.6.4	Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e percepção da gravidade da AIDS ...	130
4.6.5	Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e de grupos suscetíveis	132
4.6.6	Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e julgamentos morais	134
4.6.7	Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e opiniões acerca de Igreja Católica ..	135
4.6.8	Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e percepção da eficácia da camisinha para preveni-la	136
4.6.9	Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e percepção de competência pessoal para evitá-la	137
4.6.10	Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e percepção acerca dos pares	138

4.7 Resultados relativos a relação das variáveis independentes com a conduta sexual	140
4.7.1 Relação entre conduta sexual e variáveis demográficas e acadêmicas	140
4.7.2 Relação entre conduta sexual e o conhecimento de pessoas próximas que ficaram doentes ou morreram de AIDS	144
4.7.3 Relação entre conduta sexual e conhecimentos e opiniões relativos à AIDS	146
4.7.4 Relação entre conduta sexual e percepção da gravidade da AIDS	150
4.7.5 Relação entre conduta sexual e percepção da suscetibilidade de grupos em relação à AIDS	154
4.7.6 Relação entre conduta sexual e julgamentos morais	158
4.7.7 Relação entre conduta sexual e percepção da eficácia da camisinha e da competência para utilizá-la	161
4.7.8 Relação entre conduta sexual e percepção acerca da influência dos pares	166
4.7.9 Relação entre conduta sexual e opiniões acerca da Igreja Católica	174
4.8 Relação entre variáveis referentes à conduta sexual	177

	Pág.
5. CONCLUSÕES	185
6. SUGESTÕES	191
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	194
 ANEXOS	 A1
ANEXO I - Roteiro da entrevista para a segunda etapa da pesquisa exploratória	 A2
ANEXO II - Trechos selecionados de respostas obtidas no estudo exploratório	 A4
ANEXO III - Rapport	A13
ANEXO IV - Questionário	A15

LISTA DAS TABELAS

	Pág.
TABELA 1 - Composição da amostra, segundo o sexo e idade	62
TABELA 2 - Religião, segundo o sexo	62
TABELA 3 - Características acadêmicas, segundo o sexo, a área de estudo e a série cursada	64
TABELA 4 - Percepção de risco pessoal de contrair AIDS, segundo o sexo	66
TABELA 5 - Auto-avaliação em relação aos conhecimentos em relação à AIDS, segundo o sexo	68
TABELA 6 - Opinião sobre as informações sobre AIDS divulgadas pelos meios de comunicação de massa, segundo o sexo	69
TABELA 7 - Percepção acerca da gravidade da AIDS, segundo o sexo	71
TABELA 8 - Percepção acerca da gravidade da AIDS em relação a de outras doenças, segundo o sexo	72
TABELA 9 - Percepção acerca da suscetibilidade de “grupos de risco” em relação à AIDS, segundo o sexo	76
TABELA 9A - Percepção acerca da suscetibilidade de “grupos de risco” em relação à AIDS, segundo o sexo	77
TABELA 10 - Julgamento da conduta das pessoas que contraíram AIDS, segundo o sexo	78

TABELA 11 - Opinião acerca da relação entre o aparecimento da AIDS e a liberdade de fazer sexo nos dias de hoje, segundo o sexo	79
TABELA 12 - Conhecimento acerca das formas de transmissão da AIDS, segundo o sexo	81
TABELA 13 - Convivência com pessoas que contraíram o HIV ou morreram de AIDS, segundo o sexo	82
TABELA 14 - Grau de confiança na habilidade pessoal para usar camisinha nas relações sexuais	84
TABELA 15 - Grau de confiança para convencer o parceiro a usar a camisinha, segundo o sexo	84
TABELA 16 - Opinião acerca do grau de segurança do uso da camisinha para prevenção da AIDS, segundo o sexo	86
TABELA 17 - Opinião acerca da influência da camisinha no prazer nas relações sexuais, segundo o sexo	87
TABELA 18 - Opinião acerca dos homossexuais, segundo o sexo	89
TABELA 19 - Opinião acerca dos profissionais do sexo, segundo o sexo	90
TABELA 20 - Percepção acerca do comportamento de risco do colega com que mais se relaciona, segundo o sexo	93

TABELA 21 - Percepção do risco dos colegas de contrair AIDS, segundo o sexo	95
TABELA 22 - Percepção acerca da competência dos pares para prevenir-se em relação à AIDS, segundo o sexo	97
TABELA 23 - Situação de influência dos pares em relação à prevenção da AIDS	98
TABELA 24 - Opinião acerca da competência da Igreja Católica para conversar com os fiéis acerca do uso da camisinha, segundo o sexo	100
TABELA 25 - Opinião acerca da influência da Igreja Católica em relação ao uso da camisinha, segundo o sexo	101
TABELA 26 - Relação sexual, segundo o sexo	103
TABELA 27 - Parceiro sexual fixo, segundo o sexo	105
TABELA 28 - Tempo de parceria sexual, segundo o sexo	105
TABELA 29 - Tipo de parceiro sexual, segundo o sexo	106
TABELA 30 - Confiança na fidelidade do parceiro sexual, segundo o sexo	106
TABELA 31 - Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses, segundo o sexo	107
TABELA 32 - Número de relações sexuais mantidas nos últimos trinta dias, segundo o sexo	108

TABELA 33 - Uso da camisinha nas relações sexuais mantidas nos últimos seis meses, segundo o sexo	110
TABELA 34 - Frequência do diálogo com amigos sobre assuntos relacionados à AIDS, segundo o sexo	112
TABELA 35 - Sensação de naturalidade ao conversar sobre AIDS com os amigos, segundo o sexo	113
TABELA 36 - Fatores de mudança de conduta por causa da AIDS, segundo o sexo	115
TABELA 37 - Pessoas em quem confiariam para manter relação sexual	117
TABELA 38 - Relação entre a percepção de risco pessoal de contrair AIDS e a conduta sexual	119
TABELA 39 - Relação entre a percepção de risco pessoal em relação à AIDS e mudança de conduta sexual em decorrência da AIDS	124
TABELA 40 - Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e variáveis demográficas e acadêmicas	126
TABELA 41 - Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e proximidade a pessoas que ficaram doentes ou morreram de AIDS	127

TABELA 42 - Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e conhecimentos e opiniões relativas à AIDS	129
TABELA 43 - Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e percepção acerca da gravidade da AIDS	131
TABELA 44 - Associação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e percepção da suscetibilidade de grupos	133
TABELA 45 - Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e julgamentos morais	135
TABELA 46 - Relação entre a percepção de risco pessoal em relação à AIDS e opiniões acerca da Igreja Católica	136
TABELA 47 - Relação entre as percepção de risco pessoal de contrair AIDS e percepção acerca da eficácia da camisinha e da competência pessoal de utilizá-la	138
TABELA 48 - Relação entre percepção de risco pessoal em relação à AIDS e percepções acerca dos pares	139
TABELA 49 - Relação entre o número de parceiros nos últimos seis meses e variáveis demográficas e acadêmicas	142
TABELA 50 - Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e variáveis demográficas e acadêmicas	143

TABELA 51 - Relação entre a frequência de uso da camisinha nos últimos três meses e variáveis demográficas e acadêmicas	144
TABELA 52 - Relação entre o número de parceiros nos últimos seis meses e proximidade de pessoas que ficaram doentes ou morreram de AIDS	145
TABELA 53 - Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e conhecimentos e proximidade de pessoas que ficaram doentes ou morreram de AIDS	145
TABELA 54 - Relação entre o uso de camisinha nos últimos três meses e proximidade de pessoas que ficaram doentes ou morreram de AIDS	146
TABELA 55 - Relação entre o número de parceiros nos últimos seis meses e conhecimentos e opiniões relativas à AIDS	147
TABELA 56 - Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e conhecimentos e opiniões relativas à AIDS	148
TABELA 57 - Relação entre o uso de camisinha nos últimos três meses e conhecimentos e opiniões relativas à AIDS	149
TABELA 58 - Relação entre o número de parceiros nos últimos seis meses e percepções acerca da gravidade da AIDS	151

TABELA 59 - Relação entre o número de relações sexuais nos últimos seis meses e percepções acerca da gravidade da AIDS	152
TABELA 60 - Relação entre o uso da camisinha nos últimos três meses e percepções acerca da gravidade da AIDS	153
TABELA 61 - Relação entre o número de parceiros nos últimos seis meses e percepção da suscetibilidade grupos em relação à AIDS	155
TABELA 62 - Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e percepção da suscetibilidade de grupos de risco em relação à AIDS	156
TABELA 63 - Relação entre o uso de camisinha nos últimos seis meses e percepção da suscetibilidade de grupos de risco em relação à AIDS	157
TABELA 64 - Relação entre o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses e julgamentos morais	159
TABELA 65 - Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e julgamentos morais	160
TABELA 66 - Relação entre o uso de camisinha nos últimos três meses e julgamentos morais	161

TABELA 67 - Relação entre o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses e percepção da eficácia da camisinha e da competência pessoal para usá-la	163
TABELA 68 - Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e percepção da eficácia da camisinha e da competência pessoal para utilizá-la	164
TABELA 69 - Relação entre o uso da camisinha e percepção de sua eficácia e competência pessoal para utilizá-la	165
TABELA 70 - Relação entre o número de parceiros nos últimos seis meses e percepções acerca dos pares	169
TABELA 71 - Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e percepções acerca dos pares	171
TABELA 72 - Relação entre o uso da camisinha nos últimos trinta dias e percepções acerca dos pares	173
TABELA 73 - Relação entre o número de parceiros nos últimos seis meses e opiniões acerca da Igreja Católica	175
TABELA 74 - Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e opiniões acerca da Igreja Católica	176
TABELA 75 - Relação entre o uso da camisinha nos últimos três meses e opiniões acerca da Igreja Católica	177

TABELA 76 - Relação entre o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses e conduta sexual	179
TABELA 77 - Relação entre o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses e mudança de conduta em relação à AIDS	180
TABELA 78 - Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e conduta sexual	181
TABELA 79 - Relação entre o uso de camisinha nos últimos três meses e a conduta sexual	183

1. INTRODUÇÃO

1.1 A DIMENSÃO SOCIAL DA AIDS

O surgimento da AIDS trouxe à tona uma série de questões que logo ultrapassaram o campo da Medicina e passaram a ser tratadas por pesquisadores, dos mais diversos campos do conhecimento, tais como: Sociologia, Antropologia, Psicologia, Psicanálise, Educação, Economia, História, Geografia, Direito e Literatura.

Interessante é notar como, mesmo em ensaios e artigos elaborados por pesquisadores do campo da Medicina, freqüentemente apela-se para poetas e literatos com vistas a uma melhor explicação da pandemia. Poemas de Borges, trechos de **A Peste**, de Camus, e da **Crônica de uma Morte Anunciada**, de Gabriel Garcia Marques costumam servir de epígrafe ou de objeto de comentários desses textos. E a escritora Suzan Sontag, em decorrência de **A AIDS e suas metáforas**, já deve ter recebido mais citações do que Gallo e Montagnier.

Pode-se dizer mesmo que enquanto não se dispuser de uma vacina ou de um tratamento capaz de promover efetivamente a cura da AIDS, as ações preventivas deverão levar em consideração sobretudo aspectos relacionados ao comportamento humano. Daí, então, a importância dos estudos e pesquisas que enfatizem os fatores sociais tanto para o conhecimento quanto para a prevenção da AIDS.

A AIDS deve ser entendida como epidemia global, já que a infecção pelo HIV foi documentada em praticamente todos os países. A AIDS também precisa ser entendida como epidemia dinâmica e instável, pois

não constitui um problema de saúde definido, cujas fronteiras e curso futuro permanecem constantes e previsíveis de ano para ano. Nem suas fronteiras geográficas nem suas fronteiras sociais são fixas. A AIDS continua a se alastrar em todas as áreas e comunidades já afetadas, disseminando-se em áreas e comunidades antes poupadas. E dentro de cada comunidade afetada evolui, tornando-se ainda mais complexa. A AIDS constitui, portanto, um novo fenômeno global, cujos maiores impactos ainda estão por vir (**Mann**, 1993).

A AIDS é uma epidemia da globalização. Tanto é que podem ser identificadas correlações entre a difusão do HIV e os grandes deslocamentos humanos, como imigrações, rotas de comércio e turismo (**Quinn**, 1995, **Gould**, 1993, citados por **Castilho e Bastos**, 1997).

Nenhuma outra doença provocou nos últimos anos tantas reações de angústia e de fascínio como a AIDS, ao misturar os medos e os tabus milenares de epidemia, homossexualidade e morte. No imaginário popular a AIDS está associada a idéia de pecado, de culpa daquele que a contrai e de punição em decorrência da conduta sexual. Suas vias de transmissão, pelo sangue e pelo esperma, são carregadas de ligações com as idéias de pureza, procriação e reprodução social (**Pollak**, 1990). Embora associações dessa natureza já tivessem sido verificadas em relação às doenças venéreas clássicas, as representações da AIDS são significativamente diferentes, pois enquanto naquelas a morte é considerada como uma consequência mediata e tardia da volúpia sexual, na AIDS a morte é consequência imediata e fatal de uma determinada escolha sexual (**Birman**, 1994).

Para **Johnathan Mann** (1988, OMS) o criador do Programa Global da AIDS, da Organização Mundial de Saúde, A AIDS corresponde não a uma, mas a três epidemias. A primeira é a da infecção pelo HIV, que penetra na comunidade e passa muitas vezes despercebida. A segunda é a da síndrome de doenças infecciosas que se instalam em decorrência da imunodeficiência provocada pela infecção pelo HIV. A terceira, por fim, é a epidemia de reações sociais, culturais e políticas à AIDS, que são tão fundamentais para o desafio da AIDS quanto a própria doença.

Essa terceira epidemia envolve as reações de pânico, preconceito e discriminação, que podem ser consideradas doenças sociais, tão graves quanto as que são provocadas pelo vírus.

A importância dessa terceira epidemia pode ser facilmente verificada no Brasil, pois antes mesmo de ter sido detectado um número significativo de casos, a AIDS tomou forma nos meios de comunicação e, conseqüentemente, na concepção popular.

Como muitas dessas informações foram divulgadas de forma sensacionalista e insuficiente, as primeiras reações à AIDS foram marcadas pelo medo e pela opressão. A imprensa notificou casos de expulsão de suas cidades de pessoas infectadas pelo HIV. Pacientes com AIDS foram recusados em hospitais. Motoristas de ambulância recusaram-se a dar transporte a pacientes suspeitos de estarem com AIDS. Até mesmo pessoal médico contribuiu para a disseminação de informações imprecisas e incorretas sobre a natureza e a propagação da AIDS (**Daniel & Parker**, 1991).

Com o relativo controle das doenças venéreas alcançado neste século e com a maior liberdade sexual conquistada nas últimas décadas, parecia que a culpabilização dos pacientes de doenças venéreas tinha diminuído. No entanto, com o aparecimento da AIDS, a figura da morte se inscreve novamente na experiência do prazer sexual (**Birman**, 1994). Assim o aparecimento da AIDS serviu para demonstrar a debilidade de muitas conquistas éticas e políticas dos últimos anos.

Uma das mais importantes consequências sociais da AIDS foi a sua identificação com os homossexuais, o que levou **Michael Pollak**, já em 1988, ao esboço de uma Sociologia da AIDS.

No Brasil, assim como nos Estados Unidos e na Europa, a grande maioria dos primeiros doentes foram identificados como homossexuais masculinos. Logo, a epidemia tomou a forma de uma espécie de “peste gay”, que estaria limitada ao segmento homossexual, um dos mais marginalizados na sociedade brasileira.

Inicialmente a AIDS foi identificada como uma doença da elite, já que os primeiros casos referiam-se a indivíduos relativamente ricos que viveram muito tempo em cidades como Nova York e Paris. Poucos anos depois, no entanto, passou a ser identificada com personagens ligados à marginalidade social: prostitutas, prisioneiros, travestis, crianças de ruas e drogados (**Daniel & Parker**, 1991).

Uma das consequências da identificação da AIDS com os homossexuais foi a atitude de defesa tomada por integrantes desse grupo. Acostumados à discriminação e, algumas vezes com o apoio de lideranças, muitos homossexuais passaram a ver nas notícias sobre a epidemia uma

campanha contra o grupo, o que os desestimulou a tomar as medidas preventivas adequadas.

Outra consequência da definição dos homossexuais como integrantes do principal “grupo de risco” foi a de desfavorecer a adoção de medidas preventivas por parte de indivíduos heterossexuais, que se sentiam invulneráveis à doença.

Mesmo com o passar do tempo, quando a predominância da transmissão do HIV através do contato homossexual cedeu lugar ao rápido aumento da transmissão heterossexual, o conceito de “peste gay” ainda permaneceu bastante arraigado no imaginário popular.

A ligação simbólica da AIDS com o homossexualismo, por sua vez, tem contribuído para que as medidas preventivas tenham sido dirigidas sobretudo aos homens. Como consequência, a vulnerabilidade da mulher em relação à AIDS tem sido colocada como questão secundária, cercada, quase sempre, pelo silêncio tradicionalmente associado à sexualidade feminina (**Parker & Galvão, 1996**).

A evolução da epidemia apresenta, no entanto, notável contraste com essa noção popular. Enquanto contatos homossexuais e bissexuais foram responsáveis por cerca de 77% dos casos notificados ao Ministério da Saúde até 1984, em 1996/1997 esse número caiu para 60%. As mulheres, por sua vez, representavam 4,3% dos casos em 1984 e em 1996/1997 esse número evoluiu para 27,6% (**Ministério da Saúde, 1997**).

O contraste entre o imaginário popular e a realidade, entretanto, não torna a realidade menos dramática. A AIDS já é a causa mais importante de óbito entre adultos jovens em grandes cidades da América, incluindo São

Paulo e pode ser responsável por algo inimaginável: o crescimento demográfico negativo em países da África subsaariana (**Pasternak**, 1997).

No Brasil já se têm mais de 130 mil casos relatados e imagina-se que, a cada caso reportado, existam de 50 a 100 pessoas infectadas, das quais grande parte ficarão doentes em algum futuro.

Se a AIDS foi identificada no imaginário popular com um grupo discriminado, na realidade ela se relaciona com um outro grupo ainda mais desfavorecido que é a dos pobres. Nos Estados Unidos, hispânicos e negros têm um risco muito maior de adquirir AIDS que os brancos e pobres muito mais do que os ricos. No Brasil não se dispõe de dados tão precisos, mas a situação é muito parecida: meninos e meninas de rua, **pobres mais pobres**, drogados, presos e profissionais do sexo apresentam um risco muito maior de contrair AIDS (**Pasternak**, 1997).

O maior problema da AIDS, entretanto é o da desagregação da sociedade, pois ela acaba por dificultar o desenvolvimento econômico dos países atingidos. Na África subsaariana esse fenômeno já é bem evidente: parcela significativa da população está infectada; recursos que poderiam ser destinados a investimentos sociais são deslocados para o cuidado com os doentes; a quantidade de mão de obra se reduz drasticamente e o precário sistema de previdência social entra em colapso. Em Uganda, só para citar um caso, 80% das mortes de pessoas entre 20 e 39 anos ocorrem com pessoas contaminadas pelo HIV (**Mulder** e col., 1994).

É possível, no entanto, identificar benefícios trazidos pela AIDS. Ela estimulou avanços na virologia, proporcionou o advento de novos testes etiológicos e progressos na área de imunologia, contribuiu para o prestígio

da vigilância epidemiológica e para o aprimoramento da profilaxia da veiculação da infecção (**Amato**, 1989).

A AIDS também serviu para tirar a arrogância de muitos médicos que consideravam as doenças infecciosas um problema essencialmente resolvido na Medicina e para que se refletisse melhor sobre a fragilidade da espécie humana (**Pasternak**, 1997).

A dinâmica da epidemia da AIDS evoca sérias questões jurídicas, tanto no campo do Direito Civil (**Lopes**, 1997) quanto do Direito Penal (**Camargo**, 1997). Levantam-se questões como os direitos da personalidade do aidético, indenizações por contaminação, responsabilidade dos planos de saúde, dos hospitais e bancos de sangue, sigilo médico, criminalização de pessoas que transmitiram o HIV, entre outras.

Mais ainda: a epidemia da AIDS suscita sérios dilemas éticos e morais: devem as autoridades sanitárias distribuir seringas e agulhas para consumidores de drogas injetáveis? As escolas devem ensinar os adolescentes a usar corretamente os preservativos? As mulheres infectadas pelo HIV devem ser aconselhadas a evitar a gravidez? As pessoas que conscientemente transmitiram o HIV devem ser criminalizadas? (**Thomas & Quinn**, 1993).

As respostas a estas questões não são simples. Elas costumam fundamentar-se em argumentos ideológicos ou emocionais e freqüentemente provocam polêmicas.

A Igreja Católica, por exemplo, tem reiterado sistematicamente sua oposição ao uso de preservativos, tanto para a contracepção quanto para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Todavia, recentemente,

um documento da **Comissão Social do Episcopado Francês** (1996), apoiado em documentos de pareceres de médicos e pesquisadores esclarece que o uso do preservativo é compreensível nos casos em que há necessidade de evitar os riscos de uma atividade já incorporada à personalidade.

1.2 EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO DA AIDS

Parece evidente que enquanto não se dispuser de uma vacina ou de tratamento que conduza à efetiva cura da AIDS, a adoção de medidas preventivas continuará sendo a resposta mais adequada no combate a essa epidemia.

Também não há dúvida que a adoção das medidas preventivas mais eficazes têm que ser desenvolvidas em nível individual e requerem o conhecimento das formas de contágio pelo HIV. Mas requerem também habilidades para efetivar essas medidas, tais como o uso correto de preservativos e atitudes favoráveis à adoção das medidas preventivas.

Assim, por estar a prevenção da AIDS diretamente relacionada a conhecimentos, habilidades e atitudes, a educação deve ser vista como o mais efetivo instrumento de que se dispõe para a viabilização de sua prevenção.

A importância da educação na prevenção de doenças já é reconhecida há muito tempo. Tanto é que a Educação em Saúde Pública constitui uma área científica consolidada já há várias décadas, que integra o currículo de cursos em diferentes níveis e que dispõe de um corpo teórico

consistente, bem como de modelos reconhecidamente eficazes para a prevenção de doenças, inclusive das sexualmente transmissíveis.

A prevenção da AIDS apresenta, no entanto, novos desafios teóricos e práticos para a Educação em Saúde Pública.

Parcela considerável das doenças sexualmente transmissíveis pode ser tratada efetivamente. Mesmo doenças como o herpes genital, para a qual não existe ainda a possibilidade de cura definitiva, pode ser tratada paliativamente com resultados bastante satisfatórios. A AIDS, entretanto, constitui uma doença que não apresenta até o momento possibilidade de cura.

Por outro lado, ao contrário de muitas outras epidemias, a AIDS pode ser evitada, desde que se eliminem os comportamentos capazes de produzir a infecção pelo HIV, que são, principalmente, a relações sexuais e a troca de sangue pelo compartilhamento de seringas. Assim, à medida que se puder eliminar os comportamentos de risco, os casos de AIDS tenderão a diminuir sensivelmente.

A abstinência de relações sexuais ou do uso de drogas injetáveis pode ser vista como medida altamente eficaz para a prevenção da AIDS. Sua viabilização, todavia, é improvável.

O que se pode propor mais realisticamente é a adoção de condutas sexuais preventivas. Pode-se sugerir, por exemplo, que se evite manter relações sexuais com muitos parceiros e que se promova o uso de preservativos.

Estas propostas, no entanto, apresentam muitos pontos críticos. A sugestão de sexo com um único parceiro poderá ser entendida por muitos

segmentos sociais como extremamente moralista. A orientação para o uso de preservativos, por sua vez, poderá ser interpretada como promoção da promiscuidade.

Também há que se considerar que as práticas sexuais derivam de impulsos biológicos aos quais se torna difícil resistir. A atração sexual constitui um componente bastante valorizado na cultura juvenil. A atividade sexual pode ocorrer espontaneamente quando o julgamento está ofuscado pelo consumo de álcool. Os preservativos podem ser rejeitados por serem antiestéticos, incômodos ou por dificultarem o prazer. A troca de seringas, por sua vez, tem sido entendida tradicionalmente como elemento da subcultura dos consumidores de drogas (Fineberg, 1980).

Embora se reconheça que a educação constitua a mais poderosa medida para a prevenção da AIDS, sua implementação mostra-se difícil quando seu objetivo é mudar o comportamento de risco.

A literatura referente à promoção de saúde mostra o sucesso de programas objetivando a adoção de cintos de segurança, cuidados na condução de veículos, realização de exercícios físicos, abandono do fumo e do álcool etc. A avaliação do sucesso de um programa relacionado à conduta sexual preventiva, entretanto, mostra-se muito mais complexa, pois não basta saber quantas pessoas participaram de cursos ou palestras ou como reagiram a elas. A efetiva avaliação requer que se saiba em que medida o programa foi capaz de promover mudanças na conduta sexual preventiva da população-alvo.

O problema se torna mais complexo ainda quando são considerados os aspectos políticos e sociais da AIDS. De acordo com a

Organização Mundial da Saúde, a prevenção da AIDS deve ter como objetivo não apenas favorecer as formas de comportamento que evitem a transmissão do HIV, mas também promover as atitudes e formas de comportamento que se oponham à discriminação dos infectados e estimular a solidariedade com essas pessoas (OMS, 1992).

Por ser de tal magnitude o desafio que se propõe aos educadores de saúde, torna-se necessário saber em que medida os programas preventivos são eficazes.

Diversos estudos têm demonstrado a influência da educação na determinação de mudanças comportamentais em relação à AIDS. Ainda que nem todos a tenham demonstrado de maneira plena.

Nos Estados Unidos, desde 1983, o "Centers for Disease Control" (CDC) vem desenvolvendo uma série de pesquisas para determinar que tipo de educação pode motivar a adoção de comportamentos preventivos (Solomon, 1986).

A influência dos programas de educação para prevenção da AIDS ainda não foi claramente determinada. Estudos com objetivos dessa natureza requerem delineamentos capazes de detectar mudanças de comportamento ao longo do tempo. Como são custosos, poucos estudos desse tipo têm sido realizados e seus resultados nem sempre se mostraram consistentes.

Emmons e col. (1986) verificaram a relação entre conhecimento e percepção do valor de mudanças comportamentais com homossexuais; todavia não detectaram mudanças comportamentais relacionadas à aquisição de conhecimentos. **Kegeles** e col. (1988) pesquisaram adolescentes em 1984 e 1985 e novamente em 1985 e 1986 e não

verificaram alterações significativas em relação ao uso de preservativos. **Keller** e col. (1991) realizaram pesquisa com adolescentes de uma área endêmica e verificaram que, a despeito de altos níveis de conhecimentos sobre AIDS, esses adolescentes apresentavam também altos níveis de comportamento de risco. **Calsyn** (1992) não encontrou mudanças significativas em usuários de drogas injetáveis a partir de um programa sobre prevenção da AIDS. **Stiffman** e col. (1992) verificaram que o conhecimento sobre a AIDS e sua prevenção não estava associada à diminuição do comportamento de risco. **Catania** e col. (1995), analisando os resultados de um *survey* realizado com mais de 10.000 pessoas, concluíram que os programas de prevenção tinham tido pouco efeito.

Outras pesquisas, entretanto, demonstraram diferenças na conduta sexual ao longo do tempo. Na Suíça, vêm sendo desenvolvidas pesquisas nacionais desde 1987, que têm constatado alterações significativas em relação ao uso da camisinha, todavia muito pequenas em relação à frequência das relações sexuais e ao número de parceiros (**Dubois-Archer** e col.(1997).

Burton e col. (1986) constataram mudanças relacionadas a informação acerca do sexo seguro. **Anderson** e col (1987) verificaram mudanças em decorrência de campanhas publicitárias.

Becker & Joseph (1988), analisando áreas de alta incidência de AIDS, como a cidade de Nova York, verificaram alterações rápidas e profundas no comportamento de homossexuais, bissexuais e consumidores

de drogas. Verificaram, no entanto, que mudanças na população constituída por jovens e adolescentes eram menos comuns.

Anderson e col. (1990), analisando dados obtidos em 1989 pelo *Secondary School Student Health Risk Survey*, constaram que estudantes com maiores conhecimentos sobre infecção pelo HIV apresentavam menor número de parceiros sexuais, bem como mais freqüente uso de preservativos. **Hingson, Strunin & Berlin** (1990) em estudo realizado com adolescentes entre 16 e 19 anos, em 1986 e 1988 e verificaram incremento na proporção dos que declararam ter alterado sua conduta sexual e, também, que adolescentes que conversaram com médicos sobre AIDS mostraram-se mais dispostos a usar preservativos. **Cochran, Keidan & Kalenchstein** (1990) pesquisaram o comportamento de universitários solteiros em 1986 e 1987 e constataram mudanças significativas no segundo grupo, inclusive em relação ao uso de preservativos.

Rotheram-Borus e col. (1991) verificaram a influência de um curso intensivo ministrado a adolescentes que haviam fugido de casa.

Kirby e col (1991) desenvolveram uma pesquisa para avaliar o impacto do programa educativo *Reducing the Risk* e constataram que 60% dos estudantes expostos ao programa discutiram com seus pais assuntos como abstinência sexual e anticoncepção. Relataram também que, entre os estudantes que ainda não haviam mantido relações sexuais, o programa reduziu a probabilidade de virem a ter relação sexual nos 18 meses posteriores.

Brown e col. (1991) desenvolveram um estudo experimental envolvendo 2709 adolescentes que participaram de um programa oficial de prevenção à AIDS no estado de Rhode Island (USA) e referiram aumento de conhecimento e elevação da intenção de evitar relações sexuais como forma de prevenção.

Ku, Sonnenstein & Pleck (1992) verificaram a associação entre educação sobre AIDS e o aumento na consistência do uso de preservativos e a diminuição de relações e de no número de parceiros sexuais entre adolescentes nos Estados Unidos.

Strauss (1992) observou consideráveis mudanças cognitivas e atitudinais entre participantes de um curso oferecido a universitários.

Kidke, Boyer & Hein (1993) constataram a influência de um programa de treinamento no desenvolvimento de habilidades comportamentais para negociar a prevenção e a redução do risco e para resistir à pressão dos pares para se engajar em comportamentos sexuais de risco e no uso de drogas.

Holtzman e col. (1994), comparando dados de dois "surveys" de âmbito nacional nos Estados Unidos, verificaram que os estudantes que apresentavam maior nível de conhecimento acerca da AIDS mostravam-se menos propensos a ter muitos parceiros sexuais ou usar drogas.

Nagura, Kang & Shapiro (1995) ressaltaram a redução de comportamentos de risco de adolescentes de sexo masculino que haviam se envolvido em ações de delinquência.

Diversos estudos experimentais e quasi-experimentais (**Smith e col.**, 1995; **Kindeberg & Christensson**, 1994; **Eisen, Zellman & Mc Alister**, 1990; **Howard & Mc Cabe**, 1990) demonstraram o efeito de intervenções educativas no comportamento sexual de adolescentes.

Também **Holtzman e col.** (1995) e **Chitwood & Comerford** (1990) verificaram mudanças no comportamento de risco em decorrência de processo educativo.

Brown e col. (1991) observaram mudanças na disposição de adolescentes para evitar relações sexuais de risco.

Levy e col. (1995) constataram a partir da avaliação de um programa educativo voltado à redução de comportamentos de risco, que a intervenção teve um impacto positivo tanto nas atitudes em relação às pessoas com AIDS, quanto na disposição para discutir com seus pais assuntos relacionados à sexualidade e ao uso de drogas.

Wolk & Rosenbaum (1995) analisaram os resultados de um programa em que preservativos foram distribuídos a adolescentes verificaram elevação da disposição para utilizá-los.

Schaalma e col. (1996) avaliaram os efeitos de um curso oferecido experimentalmente a adolescentes holandeses e verificaram impacto favorável nas atitudes e crenças relacionadas ao uso do preservativo.

Kvalem e col. (1996) analisaram os resultados de um programa de orientação sexual para estudantes noruegueses de nível colegial e universitário e constataram incremento no uso de preservativos.

Os resultados discrepantes da avaliação dos programas educativos para a prevenção da AIDS devem-se a muitos fatores. Todavia, um dos mais importantes a ser considerado refere-se à própria natureza de seus conteúdos programáticos e das estratégias educativas adotadas.

Tradicionalmente os cursos programados nas diversas áreas enfatizam a aquisição de novos conhecimentos. Ou, de acordo com **Bloom e col.** (1983), objetivos cognitivos. Um curso voltado à prevenção da AIDS, entretanto, deve enfatizar mais os objetivos afetivos, que se referem a emoções, sentimentos e sobretudo mudanças atitudinais.

O conhecimento por si só não é um bom preditor de comportamentos preventivos (**Catania e col.**, 1990). A educação afetiva é a chave para mudar comportamentos e atitudes (**Di Clementi**, 1987). Logo, um programa destinado a provocar mudanças comportamentais deve fundamentar-se em objetivos afetivos, apresentar um conteúdo programático ajustado a esses objetivos, utilizar estratégias e recursos de ensino reconhecidamente eficazes e também valer-se de técnicas apropriadas para aferir mudanças atitudinais.

Assim, é provável que programas desenvolvidos segundo modelos tradicionais mostrem-se pouco eficazes para garantir mudanças comportamentais. Tanto é que se observa com uma frequência cada vez maior a utilização de novas estratégias em programas de prevenção à AIDS, tais como: cursos com a participação de pares, aconselhamentos a partir dos familiares, discussões em grupo de auto-ajuda e dramatizações.

Edgar, Freimuth e Hammond (1988) consideram que a informação por si só não é suficiente para a prevenção da AIDS. Em

pesquisa realizada entre estudantes de nível colegial, concluíram que estes não dispunham das habilidades de comunicação para a obtenção do sexo seguro. Por outro lado, verificaram que o estigma homossexual associado à AIDS inibia a discussão e a prática do sexo seguro. E, por fim, que os estudantes tendiam a separar-se a si próprios do problema, não personalizando o risco.

Rickert, Jay & Gottlieb (1991) desenvolveram um programa educativo de prevenção à AIDS utilizando como instrutores adultos e adolescentes e verificaram que os adolescentes que receberam instrução de seus pares participaram com maior quantidade de perguntas do que aqueles que receberam instruções de adultos.

Kelly e col. (1991) observaram a redução de comportamentos de risco após intervenção educativa em que pessoas que exerciam liderança na comunidade atuaram como instrutores.

Smith & Katner (1995) avaliaram os efeitos de três atividades voltadas à prevenção da AIDS: uma seção de perguntas e respostas, uma apresentação feita por uma pessoa com AIDS e uma sessão de “role play” e constataram que a proporção de estudantes que participaram do “role play” e referiram mudanças em seu comportamento sexual foi significativamente maior.

Em relação a esse aspecto, cabe considerar também a experiência desenvolvida por **Winnet** (1993). Dois grupos foram submetidos a um programa de prevenção à AIDS com o uso do vídeo. Para o grupo experimental foram apresentadas informações e também treinamento sobre habilidades e demonstrações comportamentais sobre solução de problemas

familiares. Para o grupo de controle foram oferecidas apenas informações. As diferenças verificadas posteriormente nos dois grupos foram bastante significativas, mostrando-se o grupo experimental muito mais sensibilizado em relação aos conteúdos transmitidos.

Hoell, Ary e Duncan (1997) observaram mudanças significativas em estudantes de nível médio e superior que participaram de programas com videodiscos interativos.

Jans e col. (1996) analisando 37 projetos, concluíram que as intervenções que apresentam maior eficácia na prevenção da AIDS são: discussões em pequenos grupos, aproximações a populações com comportamentos de riscos, treinamento de pares e voluntários.

Reeder, Pryor e Harsh (1997) desenvolveram estudos acerca da eficácia de "workshops" conduzidos por pares e concluíram que sua eficiência é maior quando são desenvolvidos a partir de atividades do que quando são apenas informativos.

Weeks e col. (1997) verificaram que o envolvimento dos pais em programas educativos tem um forte impacto positivo no desenvolvimento de conhecimentos, atitudes, padrões de comunicação e intenções de comportamento.

Coleman e Ford (1996), a partir de substancial revisão bibliográfica referente a programas de intervenção implementados entre 1987 e 1995 sumarizaram o que seus autores perceberam consistentemente como os principais fatores que contribuem para sua eficácia:

- Os programas devem envolver um componente de pré-planejamento para avaliar a natureza e extensão dos

comportamentos relevantes nos locais e grupos previamente à implantação da intervenção;

- Dada a complexidade dos determinantes das mudanças de comportamento, requer-se esforços preventivos multifacetados, envolvendo não apenas a aquisição de conhecimento, mas também habilidades sociais, por meio de “role play”, técnicas de comunicação e treinamento voltados à competência pessoal;
- A adoção de meios não estigmatizantes é importante ao se dirigir aos grupos de mais difícil acesso;
- As intervenções para abordagem desses grupos devem estabelecer fortes ligações com os serviços locais de saúde para facilitar maior rapidez e eficiência no encaminhamento.

Em relação a sub-grupos específicos, esses autores concluíram

ainda:

- Os jovens respondem mais positivamente aos esforços educacionais implementados de maneira menos formal;
- Os jovens tendem a responder mais positivamente com elementos de flexibilidade e de humor do que num contexto muito formal;
- A educação pelos pares, para todos os grupos e em todos os contextos culturais, constitui a mais efetiva estratégia de intervenção;
- Membros dos grupos de pares devem ser envolvidos na definição do contexto de maneiras de produzir a informação;

- No contexto de “workshops” conduzidos por pares, um ambiente informal é mais favorável para discussões abertas;
- A avaliação dos programas de educação pelos pares precisa estender-se além dos educadores e envolver também o seu impacto na audiência;
- Treinar profissionais do sexo para educar seus pares constitui um meio bem sucedido de evitar comportamentos de risco;
- Os mais bem sucedidos planos de troca de seringas são os desenvolvidos em áreas de alta prevalência de uso de drogas injetáveis, que apresentam facilidade de acesso tanto física quanto psicológica e que apresentam pessoal isento de julgamento moral em relação às drogas.

1.3 A NECESSIDADE DE PESQUISAS SOCIAIS

Embora a educação constitua a mais efetiva resposta para a prevenção da AIDS, a adoção de programas preventivos por si só não garante a sua eficácia.

O que se objetiva com os programas educacionais são sobretudo mudanças na conduta sexual das pessoas, já que a AIDS deve ser considerada uma doença sexualmente transmissível.

Nota-se, entretanto, que tradicionalmente os programas de educação sexual têm sido fundamentados em bases moralistas ou científicas; científicas à medida que enfatizam os aspectos biológicos da questão.

As pesquisas realizadas nas últimas décadas, todavia, ressaltam a importância dos fatores socioculturais na determinação de aspectos básicos do comportamento sexual. Isso significa, portanto, que o sexo não pode mais ser encarado como mero fator biológico, mas como uma experiência culturalmente informada, moldada pelo mundo interno e pelo mundo material onde vivem os seres humanos (**Parker, Herdt, Carballo**, 1995).

O aparecimento da AIDS veio ressaltar a necessidade de informações claras e precisas acerca da experiência sexual humana.

Pode-se afirmar mesmo que as limitações do conhecimento dos fatores humanos relacionados à AIDS contribuíram para dificultar o conhecimento da epidemia e a elaboração de programas capazes de responder efetivamente aos riscos por ela colocados (**Abramson & Herdt**, 1990).

A compreensão dinâmica dessa epidemia exige que se recorra a dados atuais sobre os aspectos mais básicos da conduta sexual em grupos e contextos sociais distintos. São necessárias informações confiáveis sobre o número de parceiros e a frequência das relações sexuais, as formas de escolha dos parceiros e os tipos de relações praticadas, a prevalência de outras doenças transmissíveis e o uso de preservativos e quaisquer outros detalhes sobre o comportamento sexual que até agora permanecem obscuros (**Carballo e col.**, 1989). Também são necessários dados que permitam comparar e contrastar não apenas sociedades distintas, mas também grupos sociais distintos dentro de uma dada sociedade para que se possa entender os tipos de variação que têm marcado a disseminação da AIDS (**Parker**, 1994).

Para que se possam alcançar resultados satisfatórios nos programas de prevenção da AIDS, é preciso conhecer previamente a população que se deseja atingir. É preciso identificar o que as pessoas sabem, no que crêem, o que temem e o que valorizam para que esses programas sejam eficazes. **(Piovesan & Temporini, 1995)**

Com base nos conhecimentos acumulados no campo da Psicologia da Aprendizagem, sabe-se que a intenção para se comportar de determinada maneira é influenciada por outros fatores, além dos conhecimentos, tais como as crenças e os valores. Essa intenção, por sua vez, é influenciada pelo ambiente sócio-cultural em que o indivíduo vive e que produz um sistema normativo, que envolve, entre outros fatores: as pressões sociais, as pressões dos grupos de pares e os costumes e práticas locais **(Fishbein & Ajzen, 1975)**.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde propõe que os programas de educação sanitária sobre a AIDS baseiem-se nas características culturais, no comportamento sexual e nas normas de educação locais **(OMS, 1992)**.

No Brasil, a produção científica referente à identificação de componentes sócio-culturais relacionados à AIDS ainda é bastante restrita. Ressaltam-se, entretanto, pesquisas referentes a opiniões sobre a AIDS e possíveis mudanças de comportamento sexual **(Andrade, 1992)**; conhecimentos e atitudes de favelados em relação à AIDS **(Fernandes, Coutinho e Matilda, 1992)**; representações sociais da AIDS **(Souza Filho e Henning, 1992; Gir, Murakawa; Figueiredo, 1994)**; efeitos sociais da AIDS

(Loyola, 1994), uso de preservativos (Berquó e Souza, 1994, Chequer et al., 1997); conhecimentos, opiniões e conduta de estudantes de Farmácia (Cordeiro, 1991), de estudantes de 2º grau (Cordeiro, 1994); usuários de drogas injetáveis (Fernandes, 1993); representação social da sexualidade feminina e AIDS (Guimarães, 1996); identidade sexual e prevenção da AIDS (Morando, 1996); percepções e conduta sexual de universitários relativas à prevenção da AIDS (Temporini, 1995); conhecimentos e conduta profissional de cirurgiões-dentistas em prevenção da AIDS (Pereira, 1997).

Torna-se imprescindível, portanto, intensificar a realização de pesquisas, primordialmente sobre os fatores humanos, individuais e sociais, para melhor conhecimento da conduta, do processo cognitivo e das emoções envolvidos no relacionamento humano e conjugados à transmissão do HIV (Temporini, 1997).

Com vistas, pois, a subsidiar programas educativos é que, nesta pesquisa, buscou-se identificar a percepção de risco pessoal e a conduta sexual preventiva de estudantes universitários da região da São Paulo.

Conhecer a conduta sexual de um grupo e seus determinantes é importante para o planejamento de ações preventivas relacionadas à AIDS. Esse conhecimento da realidade à qual se destina o programa constitui a base para as decisões a serem tomadas ao longo do processo educativo.

À medida que se disponha de dados acerca da conduta sexual de um grupo e da conduta sexual desejável, torna-se possível definir os conhecimentos, habilidades e atitudes a serem enfatizadas nos programas educativos destinados a esse grupo.

A percepção de risco, por sua vez, constitui um dos aspectos mais importantes na determinação da conduta em saúde. Tanto é que a percepção de risco pessoal constitui o aspecto psicodinâmico mais saliente nos principais modelos de comportamento em saúde. É o principal componente do **“Health Belief Model”** (Becker & Janz, 1987), do **“Common Sense Model of Illness Danger”** (Leventhal, Mayer e Nerenz, 1983), da **“Theory of Reasoned Action”** (Ajzen & Fishbein, 1980) e da **“Theory of Planned Behavior”** (Ajzen, 1991) e da **“Protection Motivation Theory”** (Rogers, 1983). É um dos fatores predisponentes considerados no **“PRECEDE”** (Green e col, 1980) também assume importância em modelos formulados mais recentemente, como o **“Transtheoretical Model of Behavior Change”** (Prohaska e col, 1994), o **“Information, Motivation and Behavioral Skills - IBM”** (Fisher e Fisher, 1992) e o **“AIDS Risk Reduction Model - ARRM”** (Catania, Kegeles, Coates, 1990).

A percepção de risco, como assinala Prohaska, (1990), figura implicitamente nas pesquisas e intervenções destinadas a reduzir a difusão da AIDS. As campanhas educativas, por exemplo, fundamentam-se na crença de que à medida que se educam as pessoas acerca dos riscos e das formas de transmissão do HIV, favorece a redução dos comportamentos de risco.

Para Slovic (1987), as pessoas que trabalham com promoção de saúde precisam saber como a população pensa e responde ao risco, visto que sem esse conhecimento, políticas bem intencionadas podem ser ineficazes.

Diversos estudos, por sua vez, sugerem que altas percepções de risco resultam em mudanças comportamentais (**Allard, 1989; Becker & Joseph, 1988; Emmons e cols., 1986; Solomon & De Jong, 1986**).

Embora possam ser identificadas falhas e insuficiências nas pesquisas referentes à percepção de risco, em relação à AIDS (**Kowalewski, Henson, Longshore, 1997**), esse fator assume grande importância. Primeiramente porque a AIDS é caracterizada por alto grau de incerteza em relação à primeira exposição ao HIV. Depois, porque o período em que o organismo desenvolve anticorpos é longo. Como consequência, a incerteza tende a permanecer mesmo após a adoção de condutas preventivas (**Prohaska, 1990**).

Para que as pessoas adotem condutas preventivas, devem estar convencidas de seu risco pessoal de contrair HIV/AIDS. Cabe, entretanto, distinguir entre percepção de risco pessoal e social.

A percepção de risco social envolve a crença de que o problema existe, em nível mundial, nacional ou local. Já a percepção de risco pessoal corresponde à percepção da própria vulnerabilidade ou medo do indivíduo em relação à doença (**Snyder & Rouse, 1992**). Admite-se que a percepção deste risco pessoal constitui determinante de mudança comportamental mais decisiva do que a percepção de risco social.

Nem sempre, porém, a avaliação do risco pessoal é feita com base em dados factuais. Importante papel nesse processo é determinado pelas crenças.

A AIDS está associada no imaginário popular a práticas homossexuais masculinas e consumo de drogas injetáveis. Por essa razão

homens heterossexuais não consumidores de drogas, bem como as mulheres, podem subestimar seu risco pessoal de contrair o HIV.

As pessoas tendem a classificar eventos ameaçadores a partir de valores morais. A percepção de risco deriva de sistemas de crenças que justificam e reforçam comportamentos socialmente sancionados. Nesta aceção, a ocorrência de certas doenças tende a ser interpretada como uma forma de justiça primitiva (**Williams, 1986**).

Com relação à AIDS isto é bem evidente. Muitas pessoas tendem a admitir que a AIDS é consequência de um comportamento imoral. Assim, essas pessoas relutam em admitir o risco de contrair uma doença associada a desvios de conduta.

Pode-se presumir que haja uma discrepância entre o risco real em relação à AIDS e o risco percebido pelas pessoas. E o conhecimento desta discrepância é da maior importância no desenvolvimento de programas preventivos.

Para que se possa trabalhar eficazmente com a percepção de risco nos programas de comunicação e educação, torna-se necessário identificar os fatores que determinam sua formação.

Muito pouco se sabe sobre esse assunto. A literatura revisada sugere fatores que podem ser associados à percepção de risco, tais como: sexo, idade, exposição a informações sobre AIDS, práticas sexuais de risco, ações preventivas, respostas emocionais à AIDS e julgamentos morais (**Prohaska, 1990**).

Esses fatores, em decorrência de sua própria natureza, tendem a se diferenciar significativamente conforme a população. Assim, requer-se a

realização de pesquisas dirigidas ao conhecimento da percepção de risco e conduta sexual de grupos específicos.

1.4 MODELOS TEÓRICOS DE EXPLICAÇÃO RELACIONADOS À PERCEPÇÃO DE RISCO E CONDUTA SEXUAL PREVENTIVA

O delineamento de uma pesquisa social requer um corpo de conhecimentos teóricos capazes de lhe proporcionar fundamentos conceituais, de orientar na formulação de hipóteses e na construção dos instrumentos de medida, bem como para conferir significado mais amplo aos dados obtidos. Requer também o contato com outros estudos empíricos com a finalidade de aprimorar as hipóteses e os instrumentos de medida e sobretudo para permitir a comparação dos dados com vistas à sua interpretação e generalização.

Nesse sentido é que se procedeu a revisão bibliográfica buscando, por um lado, modelos teóricos de explicação e, por outro, pesquisas empíricas relacionadas à percepção de risco e conduta sexual preventiva em relação à AIDS.

Boa parte das pesquisas desenvolvidas com a finalidade de conhecer aspectos comportamentais relacionados à AIDS podem ser consideradas ateoréticas. Todavia, as ciências do comportamento, notadamente a Psicologia, a Sociologia e a Psicologia Social, oferecem teorias capazes de conferir maior consistência na investigação desse assunto. Essas teorias podem contribuir de várias maneiras: como fonte de conceitos e de classificação conceitual, para a identificação de lacunas no

conhecimento existente, para a construção de hipóteses antecipadoras da realidade a ser investigada e para explicar, generalizar e sintetizar os conhecimentos obtidos (Trujillo Ferrari, 1982).

Entende-se por teoria um conjunto de proposições válidas e sustentáveis capazes de constituir um sistema dedutivo. Dessa forma, pesquisas fundamentadas por teorias tendem a apresentar maior clareza conceitual, maior adequação de procedimentos metodológicos e mais consistente interpretação dos resultados.

Tendo em vista o importante papel desempenhado pelas teorias nas pesquisas comportamentais, procurou-se identificar modelos teóricos adequados à investigação sobre percepção de risco pessoal e conduta sexual preventiva em relação à AIDS.

Considerou-se inicialmente o “**Health Belief Model**”, que é o mais antigo e um dos modelos teóricos mais utilizados nas investigações na área de promoção e educação em saúde. Desenvolvido na década de 50, nos Estados Unidos, pelo *Public Health Service*, passou a ser utilizado para prever a aceitação de medidas preventivas em relação às mais diversas doenças (Maiman & Becker, 1974).

Esse modelo indica que muitos dos comportamentos preventivos em saúde podem ser compreendidos em função de crenças individuais acerca de determinada doença em termos de: a) percepção da suscetibilidade para contrair a doença; b) percepção da gravidade da doença; c) percepção acerca dos benefícios decorrentes da adoção de estratégias preventivas e d) percepção das barreiras para efetivação das ações preventivas.

O “**Health Belief Model**” fundamenta-se em três suposições: 1) que as pessoas estão interessadas em proteger sua saúde, 2) que as pessoas crêem que podem exercer controle sobre sua própria saúde e doença e 3) que as pessoas estabelecem um cálculo racional do custo benefício em relação à adoção de medidas preventivas. Isto significa que as pessoas estabelecem conexões lógicas entre percepções pessoais e objetivos pretendidos. A consequência lógica destas premissas é que provendo a população com os meios apropriados para evitar doenças, elas serão conduzidas a mudar comportamentos indesejáveis (**Carmel**, 90, 91).

A consistência deste modelo tem sido demonstrada por grande quantidade de pesquisas empíricas (**Emmons** e col., 1986; **Joseph** e col. 1987; **Montgomery** e col., 1989; **Allard**, 1989; **Hingson** e col., 1990; **Petosa & Wessinger**, 1990; **Brown** e col., 1991; **Zimmerman & Olson**, 1994; **Lux & Petosa**, 1995; **Vanlandingham** et al, 1995; **Mahoney, Thomas, Ford**, 1995).

Embora a consistência e a utilidade do “**Health Belief Model**” já tenha sido comprovada por pesquisas empíricas, esse modelo apresenta muitas limitações. Primeiramente há que se considerar que foi elaborado a partir de certos valores, como o da racionalidade, dominantes na cultura ocidental, notadamente na cultura norte-americana. Porém, em muitas subculturas nem sempre o comportamento de risco é determinado por cálculos racionais. O que significa que o modelo será insuficiente quando aplicado a essas subculturas.

A despeito dessas limitações, o **Health Belief Model** foi reconhecido como importante para os objetivos pretendidos por esta pesquisa, sendo alguns dos seus elementos introduzidos para a seleção de variáveis perceptivas capazes de explicar tanto a percepção de risco quanto a conduta sexual preventiva.

Como o conhecimento por si só tem sido reconhecido como insuficiente para promover mudanças comportamentais (**Brown e col.**, 1991; **Kasen e col.**, 1992), é natural que muitas pesquisas tenham demonstrado resultados insatisfatórios ao se analisar a relação entre essas duas variáveis (**McKusick e col.**, 1985, **Joseph e col.**, 1987). Daí porque alguns pesquisadores, ao procurarem variáveis que mediassem a aquisição de conhecimento e as mudanças no comportamento de risco, selecionaram a competência pessoal (“self efficacy”) como importante elemento a ser considerado nos modelos preventivos. Tanto é que **Rosenstock** (1998) e **Carmel** (1990) propuseram sua inclusão no “**Health Belief Model**” e **Rogers** (1983) à **Protection Motivation Theory**, que também é adotada como fundamentação em programas de prevenção da AIDS.

O conceito de competência pessoal é oriundo da Teoria da Aprendizagem Social de **Bandura** (1977) e pode ser definida como a confiança que uma pessoa tem quanto à capacidade que dispõe para desenvolver o comportamento requerido para o alcance dos resultados pretendidos. A percepção de competência não se refere a uma característica de personalidade ou a um traço global que opera independentemente de fatores contextuais; ela é específica em relação a um comportamento ou

situação (**Strecher e col.**, 1986). Seu papel no desenvolvimento de intenções comportamentais é fundamental, porque as pessoas dispõem-se a realizar um comportamento que acreditam estar fora de seu controle ou habilidade, mesmo quando (1) mantém atitudes positivas em relação ao comportamento, (2) sabem que a efetivação desse comportamento trará resultados mais positivos e (3) esperam a aprovação dos outros (**Weeks e col.**, 1995).

Em relação à prevenção da AIDS, dois tipos de competência pessoal podem ser consideradas: a competência pessoal para recusa, ou seja, a habilidade percebida para recusar a participação em situações de risco e a competência pessoal para uso, ou seja, a habilidade percebida para adotar conduta preventiva.

Diversas pesquisas têm demonstrado que a competência pessoal se relaciona significativamente tanto com a intenção de adotar comportamentos de risco quanto com a efetiva adoção desses comportamentos (**Walter e col.**, 1993; **Kasen e col.**, 1992, **Basen-Enogquist & Parcel** (1992), **Mahoney, Thombs, Ford** (1995).

Cabe considerar, também, que **Catania e col.** (1990) adotaram componentes do **'Health Belief Model'**, bem como o conceito de competência pessoal; e propuseram o **"AIDS Risk Reduction Model (ARRM)"**, que envolve três estágios: 1) identificação de um comportamento como de risco, 2) determinação para reduzir contatos de alto risco e incrementar atividades de baixo risco e 3) ação, a partir da definição de estratégias para a obtenção dos resultados.

O significado da competência pessoal nos programas de prevenção a AIDS é indiscutível, sobretudo quando se verifica sua inclusão em modelos consagrados. Todavia, quando se almeja realizar uma pesquisa com significado sociológico mais amplo, torna-se necessário buscar contribuições oferecidas por outras teorias.

Nem o “**Health Belief Model**”, nem a “**Self Efficacy Theory**” são capazes de relacionar a conduta preventiva em saúde com outras influências sociais que são importantes na determinação do comportamento. Esses modelos não favorecem, por exemplo, a incorporação da influência nos adolescentes e jovens dos grupos constituídos por seus pares.

A conduta sexual, assim como a percepção de risco, devem ser entendidos como fatos sociais. Logo, para explicar sua ocorrência, será necessário considerar outros fatos sociais. Cabe mesmo considerar a afirmação de **Durkheim**, nas *Regras do Método Sociológico* (1973): “Todas as vezes que um fenômeno social é diretamente explicado por um fenômeno psíquico, podemos estar certos de que a explicação é falsa”.

Em relação às pressões sociais, cabe lembrar que, de acordo com **Parsons** (1963), as pessoas são mais suscetíveis de serem influenciadas sob condições imperfeitas de informação. Considerando que as informações acerca da AIDS têm sido freqüentemente oferecidas de maneira contraditória, é de se admitir, portanto, que as pessoas possam ser facilmente influenciadas, sobretudo pelas pessoas que integram os grupos primários de relacionamento. Ainda, de acordo com Parsons, a confiança na fonte de informação constitui importante precursor da influência. Diversos estudos sociológicos, por sua vez, demonstram que a percepção e a

aceitação do risco têm suas raízes em fatores sociais e culturais. Para **Short** (1984), a resposta ao risco é mediada por influências sociais transmitidas principalmente por amigos, família e colegas de trabalho.

Considerando essas limitações, procurou-se apoio em outras formulações teóricas que enfatizassem aspectos sociais capazes de influenciar percepções e condutas em relação à AIDS. Nesse sentido, passou a ser considerada também a contribuição proporcionada pela **“Theory of Reasoned Action”**, desenvolvida por **Ajzen e Fishbein** (1980), que constitui uma teoria geral do comportamento e mostra-se capaz de incorporar influências de ordem social. A **“Theory of Reasoned Action”** vem sendo adotada para estudar em que medida as normas dos grupos de referência podem influenciar as pessoas a ponto de conduzi-las a comportamentos de risco em relação à AIDS. Assim, esta teoria veio estimular a construção da hipótese de que a percepção de risco e a conduta sexual preventiva dos estudantes é influenciada pela percepção e conduta de seus pares.

Outra contribuição a esta pesquisa foi dada pelo modelo teórico conhecido como **“Group Based Influence”**, definido por **Fisher** (1988), que estabelece que as normas comportamentais (crenças em relação à maneira como as pessoas agem) e valores (crenças acerca da maneira como deveriam agir) interagem para gerar um padrão de comportamento ao qual os indivíduos aspiram alcançar (se conformar). Assim esta teoria atribui importância aos grupos de referência tanto na adoção quanto na manutenção de conduta preventivas.

1.5 PESQUISAS EMPÍRICAS SOBRE PERCEPÇÃO E CONDUTA SEXUAL PREVENTIVA EM RELAÇÃO À AIDS

Muitos estudos têm sido realizados, sobretudo nos Estados Unidos e na Europa, em relação a aspectos comportamentais da AIDS, incluindo percepção de risco e conduta sexual preventiva. A maioria desses estudos, no entanto, são de caráter descritivo; poucos procuram estabelecer relações entre percepção de risco e conduta sexual com variáveis de natureza social ou psicológica.

Assim, com a finalidade de construir hipóteses de pesquisa, procedeu-se à análise da literatura referente a pesquisas que identificaram fatores relacionados à percepção de risco e conduta sexual preventiva.

McKusic e col. (1985), estudando o comportamento de homossexuais em São Francisco (USA), constataram que a tendência a ter maior número de parceiros estava relacionada à percepção do sexo como aliviador de tensões e à percepção de liberdade sexual decorrente do estilo “gay”.

Stall e col. (1986), em São Francisco (USA), verificaram associação entre comportamento de risco e uso de álcool e drogas durante as relações sexuais.

Emmons e col. (1986), em Chicago (USA), constataram mudanças em relação à conduta sexual associadas a cinco fatores: conhecimentos, percepção de competência, crença na tecnologia biomédica e normas sexuais.

Homofobia constitui importante fator associado ao baixo nível de conhecimento e intolerância em relação à AIDS. Verificou-se que pessoas com maior nível de aceitação do homossexualismo conheciam mais e apresentavam menos temor em relação à AIDS (**Simkis & Kushner**, 1986). Verificou-se também que a homofobia tendia a limitar a aceitação de fatos relacionados à transmissão da AIDS (**Stipp & Kerr**, 1987). A percepção negativa da homossexualidade, por sua vez, foi reconhecida como importante variável na explicação das atitudes de condenação dos portadores do HIV (**O'Donnel e col.**, 1987).

Selik e col. (1988) verificaram maior prevalência de comportamento de risco entre norte-americanos de origem negra e hispânica do que entre brancos.

Catania e col. (1989), nos Estados Unidos, verificaram associação entre o uso de preservativo e a satisfação percebida com o seu uso, bem como com a habilidade para se comunicar sobre sexo.

Allard (1989), no Canadá, estudou associações entre a prática preventiva e características sócio-demográficas, conhecimentos e crenças de saúde e verificou que as práticas preventivas eram mais freqüentes entre os jovens e os solteiros e entre os que mantêm uma destas quatro crenças: percepção da suscetibilidade da AIDS, percepção acerca da sua severidade, percepção de estar bastante sensível à prevenção e ter uma forte motivação para a saúde.

Witt (1989) observou que atitudes desfavoráveis em relação a pessoas que apresentam circunstâncias negativas, como a pobreza, por exemplo, afetam as atitudes em relação às pessoas com AIDS.

Prohaska e col. (1990), em Chicago (USA), constataram que a percepção de risco pessoal em relação à AIDS estava relacionada às práticas sexuais, à avaliação moral da AIDS, às respostas emocionais à AIDS, às ações preventivas e também a variáveis demográficas.

McDonald e col. (1990) desenvolveram pesquisa com estudantes canadenses e identificaram como fatores associados à não utilização de preservativos: número de parceiros sexuais, dificuldade na aquisição dos preservativos, dificuldade na discussão do seu uso com o parceiro, crença na sua interferência no prazer sexual, uso de anticoncepcionais orais e insuficiente conhecimento sobre HIV/AIDS.

Hingson e col. (1990), no estado de Massachussets (USA), verificaram que as crenças acerca dos benefícios e das barreiras em relação ao uso do preservativo e a suscetibilidade em relação à AIDS estavam associadas frequência do uso do preservativo.

Biglan e col. (1990), no estado de Oregon (USA), verificaram relação significativa entre comportamento sexual de risco e comportamento anti-social, hábito de fumar, uso de drogas ilícitas, estrutura familiar e envolvimento de amigos com problemas comportamentais.

Di Clemente e col. (1991), nos Estados Unidos, identificaram três fatores associados positivamente ao sexo seguro: etnia não negra, comunicação com os parceiros sobre AIDS e apoio nas normas dos pares.

McCaig e col. (1991), analisando a influência de fatores demográficos, verificaram que os residentes em área de alta incidência de AIDS, nos Estados Unidos, apresentam mais falsas concepções do que aqueles que vivem em áreas de baixa ou média incidência.

Hingson e col. (1991), em Boston (USA), constataram que estudantes imigrantes, nos Estados Unidos, apresentam maior tendência para dispensar o uso da camisinha nas relações sexuais.

Brown, DiClemente & Beausoleil (1992), no estado de Rhode Island (USA), compararam adolescentes sexualmente ativos com abstinentes e constataram que os primeiros demonstravam menor nível de conhecimento e de medo em relação ao HIV, menos tolerância em relação a pessoas infectadas, mais atitudes de risco, bem como história de outros comportamentos de risco.

Wilson & Lavele (1992), analisando adolescentes do Zimbábue, constataram que os do sexo masculino apresentavam como principais determinantes da intenção para usar preservativos as disposições e barreiras à ação e os do sexo feminino a percepção de apoio social.

Zimet e col. (1992), em Cleveland (USA), analisando adolescentes que diminuíram a quantidade de relacionamentos sexuais, verificaram que as atitudes de adolescentes do sexo masculino eram mais consistentes que as do sexo feminino.

Leland & Barth (1992), no estado da Califórnia (USA), observaram diferenças significativas de conhecimentos, intenções e comportamentos de adolescentes sobre AIDS relacionadas ao sexo.

Westerman & Davidson (1993), nos Estados Unidos, constataram que muitos adolescentes não se sentiam vulneráveis à AIDS porque consideravam-na uma moléstia **gay**. Os mais preconceituosos em relação aos homossexuais estavam em média cinco vezes mais dispostos a se envolver indiscriminadamente com o sexo, sendo essa relação maior entre adolescentes do sexo masculino.

Walter e col. (1993), em Nova York, verificaram a associação entre sexo, etnia e prévio envolvimento comportamental com a intenção de ter intercurso sexual e ter muitos parceiros, mas não relação com a intenção de usar preservativos. Nesse estudo as variáveis derivadas do “**Modelo da Influência Social**” e da “**Social Cognitive Theory**” apresentaram mais forte associação que as do “**Health Belief Model**”.

Peruga e col. (1993), na Espanha, verificaram que pessoas com mais baixo nível educacional, idade mais elevada e posições políticas de direita apresentavam mais baixo nível de conhecimento em relação à AIDS. Verificaram também que pessoas com menos conhecimentos sobre o assunto tendiam a apresentar uma visão mais catastrófica em relação à AIDS e a apoiar mais a adoção de medidas coercitivas.

Di Clementi e col. (1993) compararam adolescentes de uma comunidade rural da Carolina do Norte com baixa prevalência de AIDS com adolescentes moradores de São Francisco e constataram altos níveis de conhecimentos sobre AIDS entre os moradores da zona rural, principalmente em relação a estratégia preventivas; todavia, observaram também que esses

mesmos adolescentes apresentavam mais elevado comportamento de risco em relação à AIDS.

Klepinger & Billi (1993), nos Estados Unidos, observaram baixo impacto da percepção acerca da severidade da AIDS no comportamento sexual de adultos do sexo masculino. No entanto, verificaram que a percepção acerca da evolução da doença na localidade em que moravam afetava suas concepções e comportamentos.

Seidman, Mosher & Aral (1994), numa pesquisa realizada com mulheres solteiras, nos Estados Unidos, constataram que tendiam a apresentar maior número de parceiros as menos assíduas aos ofícios religiosos, assim como aquelas cujas mães tiveram o primeiro filho antes dos 25 anos. Constataram, também, relação entre maior número de parceiros e trabalho da mãe em tempo integral e residência com o pai e a mãe na adolescência, no caso de mulheres brancas e o inverso em relação às mulheres negras.

Metzler e col. (1994), no estado de Oregon (USA), verificaram que adolescentes cujos pais ou pares estavam envolvidos com problemas comportamentais apresentavam maior probabilidade de se envolver em comportamentos sexuais de risco.

Walter (1994), numa pesquisa realizada com negros e hispânicos, nos Estados Unidos, compararam o poder explanatório de preditores (demográficos, contextuais e cognitivos) de intenções de se engajar em intercurso sexual, de ser sexualmente monogâmico, de usar preservativos durante as relações sexuais e de investigar acerca do uso de drogas pelos parceiros sexuais. E concluíram que as variáveis do grupo

cognitivo (crença acerca da suscetibilidade à AIDS, barreiras à prevenção, competência pessoal, normas e valores relacionados a ações preventivas) estavam mais fortemente relacionadas às intenções de comportamento.

Norris & Ford (1994), nos Estados Unidos, constataram a influência do sexo, da etnia e da aculturação no uso do preservativo, ao pesquisarem jovens numa cidade americana. Mulheres, negros e hispânicos apresentaram percepções mais neutras ou positivas sobre os preservativos do que outros respondentes.

Donald e col. (1994) desenvolveram pesquisa com estudantes australianos e verificaram associação entre o uso de preservativos entre adolescentes e comunicação com o parceiro, crença acerca do uso de preservativos pelos seus pares e percepção de risco de contrair AIDS. Verificaram também que o uso de anticoncepcionais e a dificuldade para obter preservativos foram relatadas como as principais razões para não usá-los.

Mahoney, Thombs & Ford (1995), nos Estados Unidos, verificaram, entre jovens de 18 a 24 anos, que aqueles que usavam preservativos apenas esporadicamente apresentavam maior número de parceiros, bebiam mais quando envolvidos em intercuro sexual, percebiam-se como mais suscetíveis à AIDS e sentiam-se menos confiantes em discutir e insistir com seus parceiros no uso de preservativos.

Vanlandingham e col. (1995), na Tailândia, verificaram a existência de correlação entre o uso de preservativos e satisfação com o seu uso, efetividade no seu uso, percepção da expectativa dos pares em relação ao seu uso e crença na inexistência de cura para a AIDS.

Paget e col. (1995), mediante dados fornecidos por pessoas atendidas em clínicas para tratamento de doenças sexualmente transmitidas, na Suíça, identificaram fatores associados ao não uso de preservativos: idade mais elevada, nacionalidade não suíça, baixo nível educacional, poucos parceiros, histórico de doenças sexualmente transmissíveis contraídas de parceiro estável e não uso de drogas.

O'Leary e col. (1996), mediante uma pesquisa experimental para avaliar um programa institucional de prevenção à AIDS numa universidade de Nova Jersey, constataram que os homens eram mais facilmente influenciados do que as mulheres.

St. Lawrence, Cantina e Scott (1996) verificaram que estudantes afro-americanos que iniciaram sua vida sexual utilizando camisinha apresentavam maior tendência para utilizá-la nas relações mais recentes.

Dolcini e col. (1996), em San Francisco (USA), identificaram baixa correlação entre percepção de risco e medo de contrair AIDS. Constataram, no entanto, relação entre percepção de risco e concepções acerca da transmissão do HIV, número de parceiros e histórico de doenças sexualmente transmissíveis.

Nguyen e col. (1996), no Canadá, observaram que as informações obtidas por intermédio dos pares mostraram-se significativamente associadas à disposição de adolescentes sexualmente inativos virem a utilizar preservativos.

Svenson e Hanson (1996), em pesquisa realizada com universitários suecos, encontraram relações significativas entre uso de

preservativos e percepção de normas sociais, barreiras de comunicação entre parceiros, conhecimentos sobre AIDS e percepção de risco.

Bajos e col. (1997), na França, constataram que indivíduos que tiveram experiências sexuais diversificadas, que tiveram oportunidade de conversar sobre sexualidade na infância e tinham confidentes pessoais apresentavam com maior frequência mudanças em seu comportamento em relação à AIDS.

De Wit, Victor e Van Der Bergh (1997) estudaram sentimentos, conhecimentos e intenções na estrutura das atitudes em relação ao uso do preservativo e constataram sentimentos negativos em relação ao seu uso por parte dos pesquisados que, de modo geral, mantinham posturas favoráveis em nível cognitivo.

Harvey, Beckman e Wright (1997) verificaram que homens e mulheres de ascendência africana que estudavam em universidades americanas diferiam na percepção acerca do preservativos.

Kassenda e col. (1997), pesquisando adultos com idades entre 16 e 44 anos, no Canadá, verificaram que a probabilidade maior de usar preservativos verificava-se entre os mais jovens, os estudantes, os que tinham o hábito de beber, os residentes no meio urbano e os que apresentavam mais elevado risco de contrair HIV.

1.6 A POPULAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa teve por objeto a percepção de risco pessoal e a conduta sexual preventiva de estudantes universitários da Região da Grande São Paulo, em relação à AIDS.

Justifica-se a escolha dessa população por referir-se a um dos segmentos prioritários no que diz respeito a ações preventivas: a população constituída pelos jovens. Com efeito, os jovens, juntamente com os homossexuais, consumidores de drogas injetáveis e profissionais do sexo constituem um dos grupos específicos para os quais vem sendo dirigida a maioria dos programas de prevenção da AIDS (Coleman & Ford, 1996).

A exposição de jovens à infecção pelo HIV resulta de comportamentos próprios da idade e de grupos que participam. A vida universitária, de modo especial, propicia a oportunidade de ampliar o círculo de amigos e de estreitar relacionamentos em um ambiente que suscita maior liberdade de ação. Em decorrência, os jovens podem assumir comportamento sexual de risco, notadamente em virtude da multiplicidade de parceiros. Os contatos primários que se desenvolvem na escola favorecem o relacionamento sexual, mesmo sem maiores compromissos afetivos. Essa situação pode levar à promiscuidade e ao relaxamento em proteger-se, dado o alto grau de mútua confiança que se estabelece (Temporini, 1997).

2. OBJETIVOS

1. Identificar a percepção do risco pessoal de contrair AIDS entre estudantes universitários da região da Grande São Paulo;
2. Verificar a conduta sexual preventiva em relação à AIDS;
3. Identificar a relação entre percepção de risco pessoal e a conduta sexual preventiva manifestada por essa população;
4. Identificar fatores influenciadores da percepção de risco pessoal e da conduta sexual preventiva com relação à AIDS;
5. Oferecer subsídios para o planejamento de programas de prevenção da AIDS direcionados a jovens.

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

O delineamento adotado para o desenvolvimento desta pesquisa foi o “survey” analítico.

Sua escolha deveu-se à natureza do objeto da pesquisa, já que o “survey” constitui tipo de estudo adequado para investigação tanto de características sócio-econômicas quanto dos componentes perceptivos e condutas inseridas na esfera do privado, como é o caso da conduta sexual. Além disso, o “survey” possibilita analisar a relação entre variáveis e verificar sua força e relação, o que constitui um dos objetivos desta pesquisa.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por estudantes universitários matriculados em cursos nas áreas de ciências exatas e humanas, em unidades particulares de ensino situadas na região da Grande São Paulo. Assim, a pesquisa envolveu alunos da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, da Universidade Mackenzie, da Universidade São Judas Tadeu, das Faculdades Metropolitanas Unidas, da Faculdade de Economia São Luís e do Instituto Municipal de Ensino Superior de São Caetano do Sul.*

Excluiu-se da população o contingente de estudantes da área de ciências biológicas, visto seus currículos poderem, de alguma forma,

* O Instituto Municipal de Ensino de São Caetano do Sul, embora constitua uma autarquia, assemelha-se às escolas particulares pois seu ensino é pago e seus professores são contratados pela CLT.

envolver conteúdos referentes à AIDS. Foram, pois, selecionados alunos dos cursos: Administração, Arquitetura, Ciências Contábeis, Ciências da Computação, Ciências Econômicas, Comércio Exterior, Comunicação Social, Direito, Engenharia, Física, Letras, Matemática, Processamento de Dados e Secretariado.

A amostra foi constituída por 1039 estudantes, selecionados pelo critério da intencionalidade. Não se julgou necessário selecionar uma amostra probabilística visto que o propósito maior da pesquisa foi de verificar a existência de relação entre variáveis. Para tanto procurou-se incluir na amostra estudantes de diferentes cursos das duas áreas, tanto em universidades quanto em estabelecimentos isolados de ensino superior. Procurou-se garantir que a amostra apresentasse um número aproximadamente igual de estudantes dos dois sexos, tendo em vista a possível influência dessa variável no fenômeno em estudo. Tanto é que para fins de análise, os alunos do sexo masculino e do sexo feminino foram considerados integrantes de sub-amostras. Procurou-se, ainda, selecionar alunos de diferentes períodos e de escolas localizadas em diferentes regiões da Grande São Paulo.

3.3 SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS

3.3.1 Variáveis Dependentes

Foram selecionadas duas variáveis dependentes, correspondentes ao objeto da pesquisa:

Y1 Percepção de risco pessoal em relação à AIDS;e

Y2 Conduta sexual preventiva em relação à AIDS, envolvendo as dimensões:

- Uso de preservativos;
- Número de parceiros;
- Frequência de relações sexuais

3.3.2 Variáveis Independentes

Foram selecionadas as seguintes variáveis independentes

X1 Sexo;

X2 Idade;

X3 Área de estudo;

X4 Religião;

X5 Presença de parceiro sexual fixo;

X6 Grau de compromisso com o parceiro sexual;

X7 Conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV;

X8 Conhecimento de pessoas com AIDS;

X9 Conhecimento de pessoas que morreram por causa da AIDS;

X10 Dificuldade para conversar sobre AIDS;

X11 Percepção acerca da gravidade da AIDS;

X12 Percepção acerca dos próprios conhecimentos em relação à AIDS;

X13 Percepção acerca da fidelidade das fontes de informação sobre AIDS;

X14 Percepção acerca da suscetibilidade de "grupos de risco" em relação à AIDS;

X15 Competência pessoal (“self efficacy”) para evitar o contágio pelo HIV;

X16 Percepção acerca da fidelidade do parceiro regular;

X17 Percepção acerca da segurança da camisinha;

X18 Percepção acerca da interferência do uso da camisinha no prazer sexual;

X19 Atitude em relação ao homossexualismo;

X20 Atitude em relação a profissionais do sexo;

X21 Aceitação da autoridade da Igreja em relação à moral sexual;

X22 Julgamento moral da AIDS;

X23 Percepção acerca da conduta sexual preventiva dos pares;

X24 Aceitação da opinião dos pares sobre a AIDS;

X25 Percepção de risco dos pares em relação à AIDS;

X26 Percepção acerca da competência dos pares para prevenção da AIDS; e

X27 Hábito de conversar com os pares sobre AIDS.

3.4 OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Procurou-se garantir que todas as variáveis pudessem ser quantificadas em nível de escala ordinal, mesmo aquelas referentes a fenômenos sociais não manifestos. Nesses casos procedeu-se a sua operacionalização, de acordo com o modelo definido por **Lazarsfeld** (1973). Para isso foram selecionados indicadores e, a seguir, elaboradas escalas, a

partir de definição de contínuos ou categorias de concordância com enunciados de opinião ou atitude.

Seguem-se esclarecimentos acerca da operacionalização da variáveis dependentes e das variáveis independentes mais complexas.

Para mensurar a *percepção de risco pessoal*, solicitou-se dos respondentes para que o indicassem numa escala de cinco graus, variando de muito grande a nenhum.

Para a variável *conduta sexual preventiva* foram considerados os indicadores: número de parceiros sexuais nos últimos seis meses, número de relações sexuais mantidas nos últimos trinta dias e uso da camisinha nas relações sexuais mantidas nos últimos três meses.

Para a mensuração do nível de *conhecimento acerca das formas de transmissão do HIV* foram selecionados itens referentes a diferentes comportamentos, os quais foram apresentados aos respondentes para indicar se poderiam ou não provocar a infecção.

Para a verificação da *percepção acerca da suscetibilidade* de “grupos de risco” foram indicados vários grupos e solicitou-se que indicassem a percepção segundo cinco itens escalonados, variando de muito alto a muito baixo.

A *atitude acerca dos profissionais do sexo e dos homossexuais* foi obtida a partir da escolha de alternativas que expressam juízos de valor em relação a esses grupos, ordenadas num contínuo.

A competência pessoal (“self-efficacy”) para prevenção da AIDS considerou três dimensões: a) disposição para selecionar parceiros sexuais, verificada mediante indicação de classes de pessoas com quem aceitariam

manter relações sexuais, b) confiança no convencimento do parceiro a usar camisinha e c) confiança na própria habilidade para usar camisinha.

3.5 INSTRUMENTO DE MEDIDA

O instrumento adotado para mensuração das variáveis constituiu um questionário estruturado auto-aplicado.

As questões foram elaboradas a partir das variáveis selecionadas e basearam-se em pesquisa exploratória realizada com pessoas com características semelhantes às da amostra selecionada.

Procurou-se garantir o maior número possível de questões fechadas e que possibilitassem a mensuração das variáveis em nível de escala ordinal com vistas à operacionalização das variáveis.

3.6 PESQUISA EXPLORATÓRIA

A elaboração do instrumento foi precedida de pesquisa exploratória, com vistas a identificar melhor as variáveis relevantes e o repertório de conhecimentos da população estudada (**Piovesan & Temporini, 1995**).

Esse estudo foi desenvolvido em três etapas, com universitários das áreas de ciências exatas e ciências humanas, selecionados por acessibilidade.

Na primeira etapa foram realizadas entrevistas em profundidade e não dirigidas, com sete estudantes. Cada entrevista teve a duração média de

uma hora. Foram propostas questões bastante gerais aos estudantes. Procurou-se dialogar com os entrevistados num clima descontraído para proporcionar o máximo de liberdade de expressão. Nessa etapa o roteiro de entrevista foi constituído apenas de tópicos gerais, tais como: formas de prevenção da AIDS, comportamento dos pares e risco de infecção pelo HIV.

Estas entrevistas foram gravadas e, com base nos seus resultados, foi elaborado um roteiro (Anexo I), a partir do qual foram realizadas as entrevistas da segunda etapa.

Na etapa seguinte, foram entrevistados oito alunos. Embora se dispusesse de um roteiro com perguntas mais específicas, procurou-se garantir ampla liberdade aos respondentes, com vistas a identificar aspectos que poderiam não ter sido devidamente esclarecidos na primeira etapa da pesquisa. Embora nesta etapa tenha sido observada variação maior na duração da entrevista, seu tempo médio foi o de quarenta minutos. Com essa etapa, tornou-se possível identificar os elementos comuns entre os participantes.

Na terceira etapa foram realizadas mais nove entrevistas. Para essas entrevistas foram utilizadas perguntas constantes do roteiro da etapa anterior. Procurou-se, no entanto, aprofundar as questões cujas respostas na fase anterior proporcionaram uma gama maior de respostas. O tempo médio de cada entrevista foi também de quarenta minutos. Quando se verificou o “ponto de saturação”, ou seja a repetição das respostas, foi encerrado o processo.

Com base nos resultados desse estudo exploratório foram definidas as questões para integrar o instrumento definitivo, com as

alternativas de resposta mais adequadas ao grupo, tanto em termos de conteúdo quanto de forma. No anexo II são apresentados trechos selecionados das respostas obtidas.

3.7 PRÉ-TESTE DO INSTRUMENTO

O questionário, elaborado a partir das variáveis selecionadas e dos resultados do estudo exploratório, foi submetido a teste prévio para a verificação de sua aplicabilidade. Para tanto, o questionário foi aplicado a uma amostra de 21 estudantes universitários que, a seguir, foram solicitados a informar acerca do entendimento das questões. Como consequência, foram realizadas pequenas alterações no enunciado de algumas questões.

Para evitar possível “contágio”, foram excluídos da amostra definitiva os estudantes que participaram do pré-teste, bem como os que foram entrevistados na etapa do estudo exploratório.

3.8 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por profissionais de nível universitário, especialmente orientados para esse fim, os quais, com a devida autorização da direção da escola, dirigiram-se às salas de aula e, após explicarem acerca dos cuidados no preenchimento, procederam à aplicação dos questionários.

3.9 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Após a coleta dos dados, procedeu-se à revisão dos questionários, tendo sido excluídos os que apresentavam mais de cinco questões não respondidas, bem como os que foram respondidos por estudantes casados. Procedeu-se, então à codificação dos dados correspondentes às questões abertas e , a seguir, todos os questionários foram tabulados eletronicamente, mediante a utilização do programa Epi-Info 6.

3.10 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

3.10.1 Valor Escalar Médio

Aplicou-se tratamento matemático aos dados obtidos, que consistiu na redução dos valores de uma distribuição a um único valor, denominado Valor Escalar Médio (VEM). Sua finalidade e cálculo são descritos a seguir (**Temporini**, 1986).

Considerando-se que, no presente estudo, foram empregadas escalas ordinais e nominais, a comparação entre duas ou mais dessas distribuições torna-se difícil. Assim, optou-se pela transformação das categorias qualitativas em categorias quantitativas.

O procedimento de quantificação das escalas ordinal e nominal consiste na atribuição de valores as suas categorias. Esses valores apresentam características ponderais e, quando aplicadas às distribuições de frequências, permite obter-se a média ponderada, ou seja, o Valor Escalar Médio (VEM).

Desse modo, a escala é reduzida a um único valor, o que torna possível:

- situar esse valor em uma escala e, conseqüentemente, ter-se idéia de sua posição ou magnitude relativas;
- comparar, entre si, os valores de diversas escalas.

Para as escalas ordinais e em algumas escalas nominais, a atribuição de números às categorias foi realizada de acordo com a magnitude presumível do conteúdo implícito em cada categoria.

A apresentação dos resultados por meio do VEM foi feito sem prejuízo da apresentação convencional das distribuições próprias das escalas ordinais e nominais.

3.10.2 Análise das relações entre variáveis

Para analisar a força da relação entre as variáveis foi utilizado o “Odds Ratio” (OR).

Para tanto foi necessário elaborar tabelas 2x2, o que exigiu a dicotomização das variáveis, que foi feita de acordo com os critérios definidos por **Davis** (1971).

Como a grande maioria das variáveis foram mensuradas em nível de escala ordinal, para sua dicotomização procurou-se a divisão que se situasse o mais próximo possível de 50:50 e procurou-se também evitar dicotomias além de 30:70.

Com vistas a identificar o nível de significância das associações entre as variáveis calculou-se o intervalo de confiança do OR para 95%. Com vistas, ainda, a definir com maior precisão o nível de significância dos dados (Fisher, 1993), calculou-se também o valor de χ^2 para cada uma das associações.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A presente pesquisa constituiu-se num “survey” analítico, já que teve como propósito fundamental o estabelecimento de relações entre variáveis..

A despeito, porém, da preocupação fundamental com a análise das relações entre variáveis, procedeu-se também a análise descritiva dos dados. Embora o processo de amostragem seja de natureza não-probabilística, os dados obtidos podem ser considerados com certo grau de representatividade da população universitária da região pesquisada, tendo em vista a extensão da amostra, os procedimentos de obtenção dos dados e a relativa homogeneidade do grupo pesquisado.

Assim, a apresentação dos resultados apresenta a seguinte organização:

a) Caracterização da amostra

Apresenta-se inicialmente a caracterização da amostra mediante sua distribuição em relação a: sexo, idade, religião, faculdade, área de estudo e série cursada.

b) Descrição dos dados

Procede-se à descrição dos dados, considerando-se cada variável segundo sua distribuição por sexo. Para possibilitar essa descrição, são apresentadas tabelas que indicam a distribuição das frequências segundo as categorias de cada variável. Nestas tabelas, acima de seu cabeçalho, vem indicado o valor de *n* de

cada uma das sub-amostras, ou seja, do número de pessoas que responderam a questão. No corpo da tabela são indicadas as categorias da variável e sua frequência relativa, expressas em porcentagem. Primeiramente, são apresentados os resultados referentes às variáveis dependentes e, a seguir, os referentes às variáveis independentes.

c) Análise e Interpretação

Procede-se à apresentação da relação entre as variáveis dependentes e cada uma das variáveis independentes, mediante a apresentação dos resultados dos testes de associação e de significância. Com base nos resultados obtidos, passa-se à sua discussão, buscando sempre a confrontação com resultados de outros estudos e aproximação com as teorias que emprestam fundamentação teórica à pesquisa.

4.2. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

4.2.1. Características pessoais

As características pessoais dos integrantes da amostra vêm apresentados nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Composição da amostra, segundo o sexo e a idade. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Características pessoais	Sexo	
	Masculino (n=495) %	Feminino (n=544) %
Idade (anos)		
17 a 19	17,4	24,7
20 a 22	48,5	48,4
23 a 38	34,1	26,9
	$\bar{x} =$ 21,7anos	20,2anos

Tabela 2. Religião, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Religião	Sexo	
	Masculino (n=495) %	Feminino (n=544) %
Com religião:		
católicos	59,2	60,8
protestantes	7,4	9,3
espíritas	6,4	6,5
outras	4,2	4,2
Sem religião	22,8	19,2

Nota-se uma ligeira predominância de estudantes do sexo feminino. Cabe lembrar que, quando da seleção da amostra, o interesse foi o

de selecionar estratos com aproximadamente o mesmo tamanho. No entanto, em virtude de ter-se verificado número maior de estudantes casados do sexo masculino - que foram excluídos da amostra - obteve-se esta distribuição.

Nota-se também que a idade média dos estudante do sexo feminino é ligeiramente inferior a dos estudantes de masculino, resultado que é afetado sobretudo pela freqüência significativamente maior de moças na faixa dos 17 aos 19 anos.

Observa-se certa equivalência em relação à religião em ambos os sexos. Destaca-se ligeiramente a proporção de estudantes do sexo feminino que se declaram protestantes e do sexo masculino que afirmam não ter religião.

4.2.2 Características acadêmicas

As características acadêmicas da amostra - estabelecimento em que estudam, área de estudo e série que cursam - são apresentadas na Tabela 3.

Os estudantes selecionados pertencem a seis estabelecimentos de ensino superior localizados em diferentes pontos da Região da Grande São Paulo, conforme indica a Tabela 3. Com isto procurou-se garantir que a amostra abrangesse estudantes com diferentes características sócio-econômicas. Não houve preocupação de selecionar a amostra em função da quantidade de alunos em cada estabelecimento. Assim, sua distribuição deu-se em função de sua acessibilidade no período de coleta de dados.

Tabela 3. Características acadêmicas (estabelecimento de ensino, área de estudo e série), segundo o sexo, a área de estudo e a série cursada. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Características acadêmicas	Sexo	
	Masculino	Feminino
	(n=495) %	(n=544) %
Estabelecimento de ensino *		
PUC - SP	51,0	42,1
Un. Mack	24,2	26,7
USJT	12,1	19,1
IMES - SCS	6,1	5,9
FMU	2,2	1,7
FESL	4,4	4,5
Área de estudo		
Ciências Humanas	63,7	75,5
Ciências Exatas	36,3	24,5
Série		
Primeira	20,8	30,1
Segunda	35,4	34,6
Terceira	22,8	18,6
Quarta	13,9	9,9
Quinta	7,1	6,8

* PUC-SP - Pontifícia Universidade São Paulo; Un. Mack - Universidade Mackenzie, USJT - Universidade São Judas Tadeu; IMES-SCS - Instituto Municipal de Ensino Superior de São Caetano do Sul; FMU - Faculdades Metropolitanas Unidas e FESL - Faculdade de Economia São Luís

Também não se procurou selecionar os estudantes com vistas a garantir proporcionalidade em relação aos cursos ou às séries. Verifica-se, no entanto, a predominância de estudantes da área de ciências humanas - cerca de dois terços dos rapazes e três quartos das moças.

4.3 PERCEPÇÕES RELACIONADAS À AIDS

4.3.1 Percepção acerca do risco pessoal de contrair AIDS

Os dados referentes à percepção de risco pessoal de contrair AIDS distribuem-se com significativa dispersão na amostra pesquisada (Tabela 4). No entanto, apenas uma minoria considera que seu risco de contrair AIDS é grande ou muito grande (16,2% dos rapazes e 14,2% das moças).

Esses dados são preocupantes, pois a AIDS é uma doença sexualmente transmissível que vem disseminando-se nos mais diversos segmentos de população, inclusive no constituído pelas mulheres monogâmicas. Torna-se difícil, pois, determinar que grupos populacionais seriam menos imunes ao contágio pelo HIV. O fato de a grande maioria desses jovens considerar muito baixo o risco de contrair AIDS está, portanto, a requerer ações educativas que desmistifiquem essa invulnerabilidade.

Tabela 4. Percepção de risco pessoal de contrair AIDS, segundo o sexo.
Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Risco pessoal	Sexo	
	Masculino n=494 %	Feminino n=542 %
(5) Muito grande	5,7	4,8
(4) Grande	10,5	9,4
(3) Médio	22,1	22,7
(2) Pequeno	27,1	23,1
(1) Muito pequeno	25,3	28,4
(0) Nenhum	9,3	11,6
VEM *	2,16	2,64

* Valor escalar médio.

A percepção de risco pessoal de contrair determinada doença constitui um dos aspectos considerados mais relevantes na maioria dos modelos de comportamento em saúde (Becker & Janz, 1987; Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Ajzen & Fishbein, 1980; Green e col., 1979). Assim, pode-se admitir que a eficácia de programas preventivos voltados a populações com características semelhantes à que está sendo estudada irá depender bastante das estratégias destinadas a favorecer o desenvolvimento da percepção de risco pessoal de contrair AIDS.

Os modelos de comportamento em saúde prevêm que a simples percepção de risco pessoal por si só não é capaz de prover a motivação

necessária para as mudanças comportamentais desejadas; é necessário que as pessoas tenham confiança em que o risco de contrair a doença será reduzido mediante comportamento preventivo adequado. Mas, de qualquer forma, a aceitação do risco pessoal de contrair AIDS deverá constituir elemento prioritário ser considerado nos programas preventivos.

4.3.2 Auto-avaliação em relação aos conhecimentos em relação a AIDS.

A grande maioria dos estudantes admite estar bem informada acerca da AIDS. Como se pode ver na tabela 5, 86,0% dos rapazes e 81,1% das moças afirmam conhecer bem ou muito bem o assunto. Os rapazes admitem conhecer melhor o assunto, pois o Valor Escalar Médio de sua auto-avaliação é 3,34, enquanto o da referente às moças é 2,98.

Tabela 5. Auto-avaliação em relação aos conhecimentos em relação à AIDS, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Auto-avaliação	Sexo	
	Masculino n=494 %	Feminino n=532 %
(4) Conhece muito bem o assunto	27,5	17,3
(3) Conhece bem o assunto	58,5	63,9
(2) Conhece mais ou menos o assunto	13,2	18,6
(1) Conhece mal o assunto	0,6	0,2
(0) Conhece muito mal o assunto	0,2	-
VEM*	3,34	2,98

* Valor Escalar Médio

4.3.3 Opinião acerca da fidedignidade das informações sobre AIDS veiculadas pela mídia.

De modo geral, os estudantes concordam com as informações sobre AIDS divulgadas pelos meios de comunicação de massa. Essas opiniões, contudo, mostram-se diferentes em relação aos diversos aspectos considerados (Tabela 6). Note-se que em relação ao enunciado referente à possibilidade de contrair AIDS de outras formas além daquelas que são divulgadas, tem-se um valor percentual significativo de concordância ou de ausência de opinião.

Tabela 6. Opinião sobre as informações sobre AIDS divulgadas pelos meios de comunicação de massa, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Informação divulgada	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	%	% *	%	% *
O número de casos de AIDS é muito superior ao apresentado	(n= 490)		(n= 535)	
Concorda	71,4	84,7	74,9	86,3
Discorda	12,9	15,3	10,4	13,7
Não tem opinião	15,7	-	14,7	-
Pode-se pegar AIDS de muitas outras maneiras além das que são divulgadas	(n= 486)		(n= 533)	
Concorda	30,0	35,3	27,2	34,3
Discorda	55,1	64,7	54,2	65,7
Não tem opinião	14,9	-	15,6	-
As recomendações que são apresentadas para prevenção da AIDS são insuficientes	(n= 490)		(n= 535)	
Concorda	61,6	64,4	63,7	67,5
Discorda	34,1	35,6	30,7	32,5
Não quer responder	4,3	-	5,6	-

* Exclui as respostas “Não quer responder”.

4.3.4 Percepção acerca da gravidade da AIDS

Os estudantes situam a AIDS bem próximo dos limites da gravidade máxima. Nada menos que 98,6% dos rapazes e 99,8% das moças percebem-na como doença muito grave ou grave (Tabela 7). Provavelmente nenhuma outra doença contemporânea seria avaliada nesse nível. O que se justifica, posto que a AIDS, a despeito de alguns progressos no tratamento, constitui doença de alta letalidade e até o momento, incurável.

Temporini (1995), em pesquisa envolvendo estudantes de faculdades localizadas no Estado de São Paulo, obteve os seguintes resultados: 99,0% dos rapazes e 100,0% das moças consideraram a AIDS como de gravidade máxima ou muito grave. Nota-se que, apesar das diferenças em relação às categorias das escalas, os resultados são muito semelhantes, pois a quase totalidade dos estudantes situou a AIDS nos dois níveis superiores da escala.

Os estudantes foram solicitados a comparar a AIDS com outras cinco doenças: câncer, lepra, sífilis, ataque cardíaco e doença mental e indicaram ser mais grave que qualquer uma delas. Nessa comparação, todavia, a percepção da gravidade variou expressivamente. Assim, na comparação com o ataque cardíaco, o VEM foi de 1,57 para os rapazes e 1,56 para as moças. Já em relação à lepra, esses valores foram 1,15 e 1,08, e para a sífilis, 1,14 e 1,07, respectivamente. Considere-se que se as doenças fossem consideradas igualmente graves, o VEM seria igual a 1 (tabela 8).

Interessante é observar que as duas doenças, consideradas mais próximas da AIDS em relação à gravidade - a lepra e a sífilis - são também associadas no imaginário popular à imagem de castigo e de pecado.

Tabela 7. Percepção acerca da gravidade da AIDS, segundo o sexo.

Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Gravidade da AIDS	Sexo	
	Masculino n=495 %	Feminino n=544 %
(2) Muito grave	86,9	88,0
(1) Grave	1,4	0,2
(0) Mais ou menos grave	11,7	11,8
De pouca gravidade	-	-
Sem nenhuma gravidade	-	-
VEM *	1,76	1,74

* Valor Escalar Médio

Tabela 8. Percepção acerca da gravidade da AIDS em relação a de outras doenças, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Percepção da gravidade da AIDS	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	%	% *	%	% *
	n=492		n=541	
Em relação ao câncer				
(2) Mais grave	36,0	36,6	26,8	27,0
(1) Igualmente grave	53,3	54,1	64,3	64,6
(0) Menos grave	9,1	9,3	8,3	8,4
(-) Não sabe	1,6	-	0,6	-
VEM **	1,25		1,17	
	n=488		n=538	
Em relação à lepra				
(2) Mais grave	42,8	46,1	33,6	36,6
(1) Igualmente grave	30,5	32,9	41,2	44,6
(1) Menos grave	19,5	21,0	17,2	18,8
(-) Não sabe	7,2	-	8,0	-
VEM	1,15		1,08	
	n=489		n=535	
Em relação a sífilis				
(2) Mais grave	51,9	54,4	39,9	42,6
(1) Igualmente grave	13,1	13,7	25,0	26,8
(0) Menos grave	30,5	31,9	28,6	30,6
(-) Não sabe	4,5	-	6,5	-
VEM	1,14		1,07	
	n=490		n=538	
Em relação ao ataque cardíaco				
(2) Mais grave	42,5	44,4	36,1	37,1
(1) Igualmente grave	27,3	28,3	33,8	34,8
(1) Menos grave	26,7	27,7	27,3	28,1
(-) Não sabe	3,5	-	2,8	-
VEM	1,57		1,56	
	n=487		n=539	
Em relação à doença mental				
(2) Mais grave	38,2	41,9	37,7	40,8
(1) Igualmente grave	27,1	29,7	30,6	33,1
(0) Menos grave	25,9	28,4	24,1	26,1
(-) Não sabe	8,8	-	7,6	-
VEM	1,15		1,14	

* Exclui as respostas “Não quer responder”.

** VEM = Valor Escalar Médio

Cabe ressaltar também que a percepção da gravidade da AIDS em relação a outras doenças é muito mais acentuada entre os estudantes do sexo masculino. O que vem reforçar a preocupação com a maior vulnerabilidade da mulher à AIDS, já que, mesmo quando se consideram segmentos com maior nível de escolaridade, como é o caso desta pesquisa, a percepção que elas têm acerca da gravidade dessa doença é menor. E como a percepção da gravidade de uma doença, de acordo com o **“Health Belief Model”** e outros modelos, constitui fator importante para a prevenção, pode-se admitir, a partir desses dados, que as moças de alguma forma, poderão apresentar maior vulnerabilidade à AIDS.

4.3.5 Percepção acerca da suscetibilidade de grupos de risco em relação à AIDS

Logo após o aparecimento dos primeiros casos de AIDS, passou-se a identificar certos grupos de risco: primeiramente os homossexuais, depois os hemofílicos e consumidores de drogas injetáveis e, mais tarde, as prostitutas.

Em virtude, porém, da ampla disseminação da AIDS, o conceito de “grupo de risco” perdeu muito de sua relevância nos programas de prevenção. Atualmente, prefere-se falar em “comportamento de risco”, já que a AIDS pode ser entendida como doença sexualmente transmissível e sabe-se que o contágio pelo HIV pode ser evitado desde que se adote conduta adequada.

O conceito de “grupo de risco”, no entanto, ainda tem significado para muitos segmentos da população. Assim, os estudantes foram solicitados a indicar em que medida acreditavam que pessoas pertencentes a grupos diferentes quanto à conduta sexual e consumo de drogas injetáveis apresentariam suscetibilidade em relação a AIDS (Tabela 9).

Os estudantes percebem os usuários de drogas injetáveis como um grupo altamente suscetível à AIDS, posto que o VEM para o sexo masculino é 3,84 e, para o sexo feminino, em 3,90; bem próximo de 4, o maior valor.

O risco dos homossexuais com muitos parceiros também é muito elevado, pois o VEM situou-se em 3,86 para os rapazes e em 3,87 para as moças. Já o risco dos homossexuais com parceiros fixos diminuiu bastante na opinião dos estudantes, visto que o VEM situou-se em 1,04 para os rapazes e em 1,46 para as moças. **Temporini** (1995) também observa essa diferença na percepção em relação aos dois grupos: 98,7 dos rapazes e 99,5 das moças admitiam que homossexuais com muitos parceiros estariam sujeitos a se infectar pelo HIV; as percentagens, no entanto, ficaram em 42,9% para os rapazes e 45,4% ao se referirem a homossexuais com um único parceiro.

Note-se, ainda, que a avaliação do risco dos homossexuais com muitos parceiros não é muito superior ao dos bissexuais, prostitutas, garotos de programa e heterossexuais com muitos parceiros.

Tais dados parecem indicar que esses universitários estão bastante conscientes em relação ao fato de constituir a AIDS uma doença

sexualmente transmissível e cada vez menos seletiva e que a diminuição do número de parceiros constitui importante medida preventiva.

Interessante notar, também, como as moças, de modo geral, fazem uma avaliação mais severa da suscetibilidade desses grupos à AIDS. E mesmo em relação ao “grupo de menor risco”, constituído pelos heterossexuais com parceiro fixo, a diferença de avaliação é bastante acentuada, pois o VEM ficou em 1,04 para os rapazes e em 1,46 para as moças (Tabelas 9 e 9A).

Tabela 9. Percepção acerca da suscetibilidade de “grupos de risco” em relação à AIDS. Estudantes universitários do sexo masculino da Grande São Paulo, 1996.

Grupo	R i s c o				
	Muito alto (4) %	Alto (3) %	Médio (2) %	Baixo (1) %	Muito baixo (0) %
Homossexuais com parceiro fixo (n=494) VEM* = 1,64	4,9	18,4	30,1	29,8	16,8
Homossexuais com muitos parceiros (n= 492) VEM = 3,86	88,6	10,4	0,6	-	0,4
Pessoas com parceiros fixos do sexo oposto (n=493) VEM = 1,04	1,4	4,5	22,1	41,2	30,8
Pessoas com muitos parceiros apenas do sexo oposto (n=494) VEM = 3,49	60,9	31,2	5,5	1,8	0,6
Bissexuais (n=492) VEM = 3,54	67,0	26,7	4,7	1,0	0,6
Garotos(as) de programa (n=494) VEM = 3,78	83,3	12,0	4,3	0,2	0,2
Prostitutas (n= 494) VEM = 3,78	84,1	10,6	4,7	0,4	0,2
Usuários de drogas injetáveis (n= 494) VEM = 3,84	85,3	12,0	4,3	0,2	0,2

* VEM = Valor Escalar Médio

Tabela 9A. Percepção acerca da suscetibilidade de “grupos de risco” em relação à AIDS, segundo o sexo. Estudantes universitários do sexo feminino da Grande São Paulo, 1996.

Grupo	R i s c o				
	Muito alto (4) %	Alto (3) %	Médio (2) %	Baixo (1) %	Muito baixo (0) %
Homossexuais com parceiro fixo (n= 543) VEM = 1,85	4,6	23,7	40,6	24,3	6,8
Homossexuais com muitos parceiros (n= 542) VEM = 3,87	89,6	8,9	1,1	0,2	0,2
Pessoas com parceiros fixos do sexo oposto (n= 541) VEM = 1,46	2,8	9,2	35,5	37,1	15,3
Pessoas com muitos parceiros apenas do sexo oposto (n= 541) VEM = 3,69	74,5	21,1	3,7	0,7	-
Bissexuais (n= 541) VEM = 3,63	69,5	25,0	4,6	0,9	-
Garotos(as) de programa (n=543) VEM = 3,95	96,4	2,7	0,7	0,2	-
Prostitutas (n= 542) VEM = 3,88	90,3	8,7	0,6	0,2	0,2
Usuários de drogas injetáveis (n= 543) VEM = 3,89	90,4	8,7	0,7	0,2	-

VEM = Valor Escalar Médio

4.3.6 Julgamento moral da AIDS

As apreciações sobre a AIDS costumam vir carregadas de juízos de valor. No entanto, os universitários não manifestaram julgamentos extremados em relação às pessoas com AIDS, visto que apenas 16,3% dos rapazes e 11,5% das moças admitem que essas pessoas apresentam conduta muito anormal. (Tabela 10)

Tabela 10. Julgamento da conduta das pessoas que contraíram AIDS, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Julgamento da conduta	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	%	% *	%	% *
	n=490		n=529	
(2) Muito anormal	16,3	20,2	11,5	13,8
(1) Um pouco anormal	45,7	56,6	52,4	62,7
(0) Normal	18,8	23,2	19,7	23,5
(-) Não tem opinião	19,2	-	16,4	-
VEM **		0,78		0,75

Exclui as respostas “Não tem opinião”.

** Valor Escalar Médio

Para a grande maioria desses estudantes, o aparecimento da AIDS está relacionado à maior liberdade de fazer sexo verificada nos dias de hoje (Tabela 11). Cabe considerar, entretanto, que essa opinião, a despeito

de envolver alguma conotação de ordem moral, é bastante coerente com a realidade factual, pois a AIDS constitui uma doença sexualmente transmissível, associada fortemente ao relacionamento com muitos parceiros.

Tabela 11. Opinião acerca da relação entre o aparecimento da AIDS e a liberdade de fazer sexo nos dias de hoje, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Opinião	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	%	% *	%	% *
	n=468		n=529	
(3) Está muito relacionado	42,4	44,9	47,4	48,8
(2) Tem um pouco de relação	38,2	40,4	38,1	39,1
(1) Tem pouquíssima relação	4,4	4,7	4,8	4,9
(0) Não tem relação	9,5	10,0	7,0	7,2
(-) Não tem opinião	5,5	-	2,8	-
VEM**		2,20		2,29

* Exclui as respostas “Não tem opinião”.

** Valor escalar médio

4.3.7 Conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV

As formas de transmissão do HIV encontram-se hoje bem definidas: sangüínea, sexual e perinatal. Outras formas de transmissão, como pela saliva, pela lágrima ou por picada de mosquito não puderam ainda ser comprovadas.

Os estudantes em sua grande maioria demonstram conhecimento correto em relação a transmissão do HIV por relação vaginal, relação anal ou contato com sangue. Muitos, no entanto, demonstraram conhecimentos incorretos em relação a outras formas, como: contato com a pele, picada de mosquito, uso de objetos pessoais de doentes de AIDS, amamentação, sexo oral contato da pele com esperma e doar sangue (Tabela 12).

A menor quantidade de acertos foi verificada em relação ao item amamentação o que pode ser explicado pelo fato de constituir esse um dos fatores de transmissão do HIV menos conhecido. Apesar de estar bem consolidado o conhecimento de que o leite materno contém o vírus, o exato risco de transmissão desse organismo, de mães infectadas para seus filhos, é desconhecido e varia em função de várias circunstâncias (**Amato Neto & Pasternak**, 1994).

É preocupante o fato de 41,1% dos rapazes e 39,3% das moças acreditarem que doar sangue pode ser uma das formas de transmissão do HIV. Essa crença pode servir como desestímulo à doação. O que indica que as campanhas de doação de sangue deverão enfatizar em sua publicidade as condições de segurança que envolvem esse ato. Também pode-se hipotetizar que dentre os estudantes que admitem a possibilidade de infecção mediante recepção de sangue muitos ignorem que isso só possa ocorrer quando o sangue não foi testado ou o doador estiver na janela imunológica.

Tabela 12. Conhecimento acerca das formas de transmissão da AIDS, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Formas de transmissão	S E X O									
	Masculino (n=494)					Feminino (n=544)				
	Sim %	% *	Não %	% *	Não sei %	Sim %	% *	Não %	% *	Não sei %
Contato da pele com sangue contaminado	29,0	30,9	65,0	69,1	6,0	31,3	33,5	62,2	66,5	6,5
Picada de mosquito que tenha picado pessoa com AIDS	8,8	10,0	79,5	90,0	11,7	13,5	17,3	64,8	82,7	21,7
Picada de agulha utilizada por pessoa com AIDS	99,8	99,2	0,8	0,8	0,4	98,8	99,4	0,7	0,6	0,5
Uso de objeto de pessoas com AIDS	18,3	20,3	71,6	19,7	10,1	13,3	14,9	16,2	85,1	10,5
Amamentação quando a mãe tem AIDS	46,9	64,8	25,5	35,2	27,6	53,7	71,2	21,7	48,8	24,6
Relação vaginal	98,6	99,2	0,8	0,8	0,6	98,2	99,1	0,9	0,9	0,9
Relação anal	97,0	98,2	1,8	1,8	1,2	94,9	97,9	1,9	2,1	2,2
Relação oral	73,3	81,6	16,5	18,4	10,2	71,6	83,5	14,1	16,5	14,3
Contato da pele com esperma	10,9	12,8	74,5	87,2	14,6	13,1	15,9	69,0	84,1	17,9
Receber sangue	96,2	96,7	3,2	3,3	0,6	95,4	95,7	4,2	4,3	0,4
Doar sangue	41,1	42,0	56,7	58,0	2,2	39,3	40,3	58,3	59,7	2,4

* Exclui "Não sei"

4.3.8 Convivência com pessoas que contraíram o HIV ou morreram de AIDS

Como a AIDS é vista como uma doença incurável e que, além do sofrimento físico que causa aos seus pacientes, os discrimina socialmente, é de se admitir que a convivência com pessoas que ficaram doentes ou que morreram em decorrência da AIDS possa exercer alguma influência nas percepções e comportamentos. Tanto é que muitos programas de prevenção têm enfatizado, através de filmes, depoimentos gravados e até mesmo da presença ao vivo, o contato com as situações vividas por pessoas com AIDS.

Procurou-se, então, verificar em que medida os estudantes apresentaram convivência com pessoas doentes de AIDS. Os resultados, por sua vez, mostram que cerca de três quartos dos estudantes declararam não terem tido convivência com pessoas que ficaram doentes ou que morreram em decorrência da AIDS (Tabela 13).

Tabela 13. Convivência com pessoas que contraíram o HIV ou morreram de AIDS, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Convivência	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	Sim %	Não %	Sim %	Não %
Pessoas doentes de AIDS	n = 404		n = 544	
	25,7	74,3	27,6	79,4
Pessoas que morreram de AIDS	n = 495		n = 544	
	26,7	73,3	30,3	69,7

4.3.9 Competência pessoal para prevenção da AIDS

O conceito de competência pessoal ("self efficacy") definido por **Bandura** (1977) vem sendo reconhecido como de grande utilidade tanto em programas de prevenção quanto em pesquisas sobre aspectos comportamentais da AIDS. Tanto é que **Rosenstock** (1988) e **Carmel** (1990) propuseram sua inclusão no "**Health Belief Model**" e **Rogers** (1983) à **Protection Motivation Theory** e **Catania e col.** (1990) apresentam-no como um dos componentes do **AIDS Risk Reduction Model** (ARRM).

Perceber competência significa ter a convicção de poder desempenhar com sucesso o comportamento requerido para produzir os resultados desejados. Essa competência, por sua vez, pode ser entendida de duas maneiras: competência para adotar condutas preventivas e competência para recusar a participação de riscos.

Nesta pesquisa procedeu-se à identificação da percepção de competência dos estudantes mediante a informação sobre a percepção da habilidade para convencer o parceiro a usar a camisinha e para utilizá-la nas relações sexuais. A escolha do uso da camisinha como base para a mensuração da competência pessoal foi determinada pelo fato de constituir um dos indicadores mais expressivos e de maiores possibilidades de mensuração.

Tanto em relação ao uso da camisinha quanto ao convencimento do parceiro a usá-la, os estudantes apresentaram elevados níveis de confiança, conforme indicam as tabelas 14 e 15.

Cabe ressaltar que a pergunta referente à habilidade para usar a camisinha foi feita apenas para os estudantes de sexo masculino. Isto porque o uso mais disseminado é o da camisinha masculina; a feminina ainda é pouco conhecida no Brasil.

Tabela 14. Grau de confiança na habilidade pessoal para usar camisinha nas relações sexuais. Estudantes universitários do sexo masculino da Grande São Paulo, 1996.

n = 495	
Grau de confiança	%
(3) Muito confiante	64,0
(2) Mais ou menos confiante	31,9
(1) Pouco confiante	3,3
(0) Sem nenhuma confiança	0,8
VEM* = 2,55	
* VEM = Valor Escalar Médio	

Tabela 15. Grau de confiança para convencer o parceiro a usar a camisinha, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Grau de confiança	Sexo	
	Masculino n=482 %	Feminino n=528 %
(3) Muito confiante	65,6	70,8
(2) Mais ou menos confiante	18,3	16,7
(1) Pouco confiante	7,3	5,5
(0) Sem nenhuma confiança	8,9	7,0
VEM*	2,40	2,51
* VEM = Valor Escalar Médio		

4.3.10 Percepção acerca da eficácia do uso da camisinha para a prevenção da AIDS

Apenas 27,7% dos rapazes e 27,9% das moças reconhecem o uso da camisinha como muito seguro para evitar a AIDS, sendo que aproximadamente dois terços dos estudantes de ambos os sexos vêem-na como meio mais ou menos seguro (tabela 16).

Temporini (1995) verificou que apenas 12,2% dos rapazes e 12,4% das moças percebiam a camisinha como totalmente segura. Considerando que os dados obtidos referiam-se a 1989, admitia que, possivelmente, esses dados poderiam sofrer alguma alteração em virtude da ampla divulgação pela mídia de informações referentes à sua eficácia e propunha que se realizassem novos estudos a esse respeito.

Os resultados indicam significativa alteração nessa percepção, já que 27,7% dos rapazes e 27,9% das moças vêem-na como um meio muito seguro para prevenir-se da AIDS.

Há que se reconhecer que a camisinha não pode ser considerada como recurso infalível em virtude da possibilidade de rompimento e de utilização incorreta. No entanto, se utilizada corretamente, apresenta de 90 a 95% de eficácia (**Pinkerton & Abramson**, 1997).

Tabela 16. Opinião acerca do grau de segurança do uso da camisinha para prevenção da AIDS, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Grau de segurança da camisinha	Sexo			
	Masculino n=491		Feminino n=542	
	%	% *	%	% *
(3) Muito segura	27,3	27,7	27,4	27,9
(2) Mais ou menos segura	65,6	66,5	64,7	65,9
(1) Pouco segura	5,5	5,6	4,8	4,9
(0) Não oferece segurança	0,2	0,2	1,3	1,3
(-) Não sabe	1,4	-	1,8	-
VEM **		2,18		2,17

* Exclui as respostas “Não sabe”.

** Valor escalar médio

4.3.11 Opinião acerca da influência da camisinha no prazer nas relações sexuais

O desconforto ou a diminuição do prazer nas relações sexuais tem sido apresentados em diversas pesquisas (MacDonald, 1990; Mahoney, 1997) como fator importante para explicar o não uso da camisinha.

Em relação a este item, a opinião dos estudantes variou de maneira significativa em função do sexo. Em relação às moças, o número das que admitem que o prazer nas relações sexuais com a camisinha é menor é praticamente igual ao das que admitem que o prazer é idêntico. Já em relação aos rapazes, verifica-se que o número dos que admitem ser igual

o prazer com a camisinha é superior ao dobro dos que admitem ser menor o prazer.

Tabela 17. Opinião acerca da influência da camisinha no prazer nas relações sexuais, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Opinião acerca da influência da camisinha no prazer	Sexo	
	Masculino n=459 %	Feminino n=270 %
(2) Maior com a camisinha	1,5	2,2
(1) Igual, com ou sem camisinha	69,7	49,3
(0) Menor com a camisinha	28,8	48,5
VEM*	0,29	0,52

* Valor Escalar Médio

Enquanto as moças se distribuem em proporção muito semelhante no que se refere à influência da camisinha no prazer, os rapazes, em sua grande maioria, afirmam que o prazer é igual, com ou sem camisinha. Não se indagou nesta pesquisa as razões dessa discrepância. Cabe considerar, no entanto, que na cultura brasileira a iniciativa para utilização da camisinha geralmente parte do homem. As mulheres tendem a vê-la como produto de uso masculino. Aliás, com a existência, embora pouco difundida, da “camisinha feminina”, seria razoável designar a camisinha tradicional como “camisinha masculina”.

4.3.12 Opinião acerca dos homossexuais

A opinião acerca dos homossexuais foi mensurada a partir de uma escala envolvendo cinco enunciados ordenados ao longo de um contínuo (Tabela 18).

Embora a maioria dos estudantes tenha afirmado que os homossexuais não devam ser discriminados, é maior a proporção dos que admitem que sua conduta não seja muito normal. Apenas 25,5% dos estudantes do sexo masculino e 28,5% do sexo feminino admitem que devem receber todo o respeito da sociedade. Nota-se, ainda, que a opinião das moças é pouco mais favorável que a dos rapazes.

Tabela 18. Opinião acerca dos homossexuais, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Opiniões	Sexo			
	Masculino n=492		Feminino n=541	
	%	% *	%	% *
São pessoas que devem receber todo o respeito da sociedade	24,2	25,9	27,4	28,5
São pessoas que, embora tenham uma conduta não muito normal, não devem ser discriminadas	47,8	51,2	58,0	60,5
São pessoas que apresentam conduta censurável, sendo justificável, portanto, que recebam algum tipo de discriminação	13,8	14,8	8,1	8,5
São pessoas que apresentam conduta condenável, não merecendo, portanto, respeito por parte da sociedade	7,5	8,1	2,4	2,5
Não tem opinião	6,7	-	4,1	-
	VEM* =1,81		VEM = 2,06	

Exclui as respostas “Não quer responder”.

* VEM = Valor Escalar Médio

4.3.13 Opinião acerca dos profissionais do sexo

A opinião acerca dos profissionais de sexo foi mensurada a partir de uma escala envolvendo cinco enunciados ordenados ao longo de um contínuo (Tabela 19).

Poucos são os estudantes que vêem os profissionais do sexo como profissionais como quaisquer outros: apenas 9,1% dos rapazes e 4,3% das moças. Talvez a maior favorabilidade da opinião dos rapazes - ainda que pouco acentuada - deva-se ao fato de a maioria dos profissionais do sexo serem do sexo feminino, sendo possível que alguns deles tenham tido contatos com prostitutas. Também cabe considerar que na sociedade brasileira historicamente tem sido verificada certa complacência com o homem que mantém contatos com prostitutas.

Tabela 19. Opinião acerca dos profissionais do sexo, segundo o sexo.
Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Opiniões	Sexo			
	Masculino n=494		Feminino n=542	
	%	% *	%	% *
São profissionais como quaisquer outros	8,1	9,1	57,0	4,3
São profissionais que embora exercendo atividade censurável sob alguns aspectos devem ser respeitados	57,5	64,5	57,0	63,4
São pessoas que exercem uma atividade censurável sendo justificável receberem algum tipo de discriminação	19,2	21,6	83,2	25,9
São pessoas que exercem uma atividade condenável, não merecendo, portanto, respeito por parte da sociedade	4,3	4,8	5,7	6,4
Não tenho opinião	10,9	-	10,1	-

* Exclui as respostas “Não tem opinião”.

4.3.14 Percepção acerca da influência dos pares

Os programas de prevenção a AIDS vêm incorporando com frequência cada vez maior o princípio da educação pelos pares, mediante a qual os membros de um determinado grupo informam seus colegas acerca da transmissão do HIV e das medidas preventivas apropriadas.

A adoção desse princípio é sugerido por **Fishbein & Ajzen** (1975), **Bandura** (1986), **Fisher** (1988) e **Patterson e col.** (1989), dentre outros autores, que explicam o papel das normas grupais na adoção de condutas preventivas.

A eficácia da educação pelos pares tem sido demonstrada através de pesquisas realizadas com jovens, homossexuais, bissexuais e profissionais do sexo (**Coleman & Ford**, 1996). Reconhece-se o quanto essa estratégia favorece o aumento da estima, da percepção de competência e da autoconfiança em relação a adoção de condutas preventivas: elementos que são fundamentais nos modelos definidos por **Bandura** (1982) e **Catania** (1990).

A eficácia de qualquer programa fundamentado na educação pelos pares depende, no entanto, da percepção que os membros dos grupos têm em relação a seus pares, já que a estes é que cabe nos programas dessa natureza proporcionar as informações sobre o contágio pelo HIV, bem como estimular atitudes favoráveis à adoção de condutas preventivas.

Assim, nesta pesquisa buscou-se também verificar as percepções que os estudantes têm acerca de seus pares em relação ao comportamento sexual de risco de contrair AIDS, à competência para prevenção e à influência que exercem sobre ele.

4.3.14.1 Percepção sobre comportamento de risco

Os estudantes foram solicitados a informar acerca da percepção em relação a possíveis comportamentos de risco do colega com quem mais se relaciona: sexo sem camisinha, sexo com muitos parceiros, sexo com pessoas que têm muitos parceiros e uso de drogas injetáveis. Os dados obtidos são indicados na tabela 20.

A percepção acerca do comportamento de risco dos colegas varia em função do sexo. Nota-se, porém, que essa percepção é bastante influenciada pelos padrões reconhecidos como socialmente mais adequados. As moças reconhecem que suas colegas com frequência mantêm relações sexuais sem camisinha, o que, embora constituindo comportamento de risco, não tem recebido, tradicionalmente, recriinação social. Já a percepção acerca da prática do sexo com muitos parceiros ou com pessoas que mantêm relações com muitos parceiros e bem menos acentuada em relação às moças. Por fim, em relação ao uso de drogas injetáveis, é recriinado independentemente do sexo, as percepções das garotas e dos rapazes é bastante semelhante.

Tabela 20. Percepção acerca do comportamento de risco do colega com que mais se relaciona, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Comportamentos dos pares	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	%	% *	%	% *
	n = 485		n = 538	
Sexo com camisinha				
(2) sempre	13,6	16,4	13,2	16,0
(1) às vezes sim, às vezes não	46,6	56,2	46,6	56,4
(0) nunca	22,7	27,4	22,9	27,6
- não sabe	17,1	-	17,3	-
VEM**	0,89		0,88	
	n = 484		n = 538	
Sexo com muitos parceiros				
(2) sempre	9,9	12,2	3,0	5,7
(1) às vezes sim, às vezes não	38,0	46,6	16,5	20,4
(0) nunca	33,5	41,2	61,5	75,9
- não sabe	18,6	-	19,0	-
VEM	0,71		0,31	
	n = 485		n = 537	
Sexo com pessoas que têm muitos parceiros sexuais				
(2) sempre	5,6	8,5	1,7	2,5
(1) às vezes sim, às vezes não	27,6	41,9	14,7	21,6
(0) nunca	32,6	49,6	51,6	75,9
- não sabe	34,2	-	32,0	-
VEM	0,59		0,26	
	n = 496		n = 542	
Uso de drogas injetáveis				
(2) sempre	0,2	0,3	-	-
(1) às vezes sim, às vezes não	2,9	3,6	0,9	1,1
(0) nunca	79,5	96,1	86,6	98,9
não sabe	17,4	-	12,5	-
VEM	0,04		0,01	

* Exclui as respostas “Não sabe”.

** Valor Escalar Médio

Na percepção desses estudantes, os colegas parecem apresentar comportamento de risco, visto que, mais de metade deles praticam o sexo sem camisinha, sempre ou pelo menos ocasionalmente. As percepções acerca da prática do sexo com muitos parceiros ou com pessoas que têm muitos parceiros são mais favoráveis, embora indiquem um número significativo de pares que mantêm esses comportamentos não regularmente.

É interessante notar as diferenças de percepção considerando a variável sexo. Em relação à prática do sexo com camisinha e o uso de drogas injetáveis, as percepções são muito semelhantes. Já em relação ao sexo com muito parceiros e com pessoas que têm muitos parceiros sexuais, as moças tendem a admitir que suas colegas envolvem-se menos em situações de risco: 75,9% crêem que elas não mantêm relações com muitos parceiros nem com pessoas que têm muito parceiros sexuais. Para os rapazes, essas situações correspondem a 41,2% e 49,5%, respectivamente.

Essas diferenças de percepção explicam, possivelmente, por diferenças de conduta que a sociedade brasileira estabelece para os sexos, já que tradicionalmente se confere maior liberdade ao homem do que a mulher no que se refere ao número de parceiros.

A percepção acerca do consumo de drogas injetáveis pelos colegas é bastante favorável, pois apenas 1,9% crêem que eles adotem esse comportamento. Cabe ressaltar, entretanto, que, de todos os comportamentos considerados, este é o que apresenta maior conotação anti-social, já que envolve inclusive a possibilidade de sanções penais.

4.3.14.2 Percepção de risco em relação aos colegas contraírem
AIDS

A percepção do risco a que os colegas estão submetidos em relação a AIDS distribui-se de acordo com a Tabela 21.

Tabela 21. Percepção do risco dos colegas de contrair AIDS, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Percepção de risco	Sexo	
	Masculino n=489 %	Feminino n=541 %
(5) Muito alto	3,1	2,2
(4) Alto	8,0	5,4
(3) Médio	33,5	31,1
(2) Baixo	30,7	28,5
(1) Muito baixo	19,0	25,0
(0) Nenhum	5,7	7,8
VEM*	2,28	1,89

* Valor Escalar Médio

Um número relativamente reduzido de estudantes (11,1% das moças e 7,6% dos rapazes) admite alto ou muito alto risco de seus colegas virem a contrair AIDS. É interessante notar que é o maior número de

estudantes que admitem estar correndo esse risco: 16,2 dos rapazes e 14,2 das moças, conforme mostra a tabela 4.

Os dados referentes a percepção de risco dos pares mostram como o risco social de contrair AIDS é pequeno quando se trata de considerar o grupo social mais próximo. Isso significa não apenas que a AIDS é entendida como “doença dos outros”, mas sobretudo “doenças dos outros que estão distantes”.

4.3.14.3 Percepção acerca da competência dos pares para prevenir-se em relação a AIDS

A maioria dos estudantes acredita que seus colegas sabem usar camisinha e conseguem convencer o parceiro a usá-la, embora um número significativo de estudantes tenha respondido “não sei” (Tabela 22).

Tabela 22. Percepção acerca da competência dos pares para prevenir-se da AIDS com o uso de camisinha, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Competência dos pares	Sexo			
	Masculino (n=490)		Feminino (n=538)	
	%	% *	%	% *
Usar a camisinha				
Sim	73,3	96,0	68,1	96,1
Não	3,1	4,0	2,7	3,9
Não sabe	23,6	-	29,2	-
Convencer o(a) parceiro(a) a manter relações sexuais com camisinha				
Sim	62,0	93,0	58,3	88,3
Não	4,7	7,0	7,8	11,7
Não sabe	33,3	-	33,9	-

Exclui as respostas “Não sabe”.

Interessante considerar que, em relação às moças, a confiança na competência dos pares para convencer o parceiro a usar a camisinha é muito semelhante à percepção de sua própria competência, já que 87,5% sentem-se muito confiantes ou mais ou menos confiantes, conforme ndica a tabela 15. Os rapazes, no entanto, demonstram maior confiança na competência de seus pares do que em sua própria, enquanto 93,0% admitem que seus pares são competentes para convencer o parceiro a manter relações com camisinha, apenas 83,8% sentem-se muito confiantes ou mais ou menos confiantes para tal.

4.3.14.4 Influência dos pares em relação à prevenção da AIDS

Os estudantes informam ser bastante influenciados pelos colegas quanto à conduta preventiva em relação a AIDS (Tabela 23). O que mostra bastante coerência com as teorias que ressaltam a importância dos fatores de natureza social tanto para o conhecimento quanto para o desenvolvimento de ações preventivas de saúde.

Tabela 23. Situação de influência dos pares em relação à prevenção da AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Situação de influência	Sexo					
	Sempre %	Masculino Às vezes % n=466	Nunca %	Sempre %	Feminino Às vezes % n=516	Nunca %
Ouve o que dizem	60,0	37,3	2,7	61,7	35,6	2,7
Respeita as opiniões	68,6	30,5 n=473	0,9	77,1	22,7 n=518	0,2
Discute o assunto	69,0	28,0 n=476	0,2	65,7	32,4 n=525	1,9
Faz o que sugerem	5,4	75,7 n=460	18,9	4,3	77,0 n=508	18,7
Faz o que fazem	3,9	55,4 n=460	40,7	1,8	48,4 n=508	49,8

No que se refere a ouvir o que dizem, respeitar as opiniões e discutir o assunto, a grande maioria respondeu “sempre”. Já no que se refere

a fazer o que sugerem e fazem, a maioria respondeu "às vezes". Note-se, ainda, que as moças declararam, com frequência maior que a dos rapazes, respeitar a opinião dos colegas; no entanto, com frequência menor, declararam fazer o que fazem.

A grande quantidade de respostas afirmando nunca fazerem o que os colegas fazem pode ser entendida como reforçador da confiança que os estudantes têm em relação a sua conduta preventiva. À medida que admitem ser baixo o risco dos colegas contraírem AIDS e não fazerem o que fazem, seu risco pessoal tende a ser menor. Por outro lado, também parece razoável admitir que, ao afirmarem que não fazem o que os colegas sugerem ou fazem, estão procurando afirmar sua independência, o que constitui importante valor na cultura juvenil.

4.3.14.5 Percepção acerca da Igreja Católica em relação a AIDS

A oposição da Igreja Católica ao uso da camisinha tem recebido críticas de parte de grupos empenhados na prevenção da AIDS. No entanto, o grande maioria dos estudantes admitem competir à Igreja Católica conversar com os fiéis sobre o seu uso (Tabela 24).

Tabela 24. Opinião acerca da competência da Igreja Católica para conversar com os fiéis acerca do uso da camisinha, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Compete à Igreja	Sexo			
	Masculino n=494		Feminino n=542	
	%	% *	%	% *
Sim	67,8	78,1	68,5	81,2
Não	19,0	21,9	15,8	18,8
Não quer responder	13,2	-	15,7	-

Exclui as respostas “Não quer responder”.

Em relação à influência que a Igreja Católica exerce em relação a esse assunto, as opiniões aparecem bem diversificadas, pois todas as categorias apresentam frequências expressivas. (Tabela 25)

O Valor Escalar Médio (1,73 para os rapazes e 1,25 para as moças) mostra diferença na percepção da influência da Igreja em relação a esse assunto.

Tabela 25. Opinião acerca da influência da Igreja Católica em relação do uso da camisinha, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Grau de influência	Sexo			
	Masculino n=493		Feminino n=543	
	%	% *	%	% *
(3) Influi muito	30,0	33,0	22,8	24,8
(2) Influi mais ou menos	29,7	32,5	33,0	35,9
(1) Influi pouco	24,1	26,5	27,6	30,1
(0) Nada influi	7,3	8,0	8,5	9,2
Não tem opinião	8,9	-	8,1	-
VEM*		1,73		1,25

* Valor Escalar Médio

4.4 COMPORTAMENTO SEXUAL

4.4.1 Relacionamento sexual

A grande maioria dos respondentes declarou já ter mantido relações sexuais (Tabela 26); dado esse que contribui para a justificativa da realização de pesquisas sobre conduta sexual entre universitários.

Nota-se, no entanto, diferenças significativas entre os sexos, pois dentre os respondentes do sexo masculino, 93,7% declararam já ter mantido relações sexuais, enquanto este número cai para 66,9% em relação ao sexo feminino. Também é maior o número de mulheres que não quiseram responder a esta questão. O que pode ser explicado em virtude de serem as restrições sociais ao sexo antes do casamento ainda maiores em relação ao sexo feminino, sendo, portanto, natural um maior constrangimento das moças para se manifestar em relação a esse assunto.

Os dados obtidos por **Temporini** (1995) mostram uma situação diferente em relação a esse aspecto, pois 86,2% dos estudantes do sexo masculino e 50,3% do sexo feminino declararam já terem mantido relações sexuais.

Vários fatores podem ser considerados para explicar essas diferenças. O tempo decorrido pode ter exercido alguma influência. Por outro lado, esta pesquisa envolveu apenas estudantes da região da Grande São Paulo, enquanto aquela incluiu também estudantes de cidades do Interior, que tendem a apresentar um perfil mais conservador em relação à conduta

sexual. Também pode ter influenciado o fato de, nesta pesquisa, terem sido incluídos alunos do curso noturno, que de modo geral trabalham e possuem maior independência econômica e, conseqüentemente, sexual.

Tabela 26. Relação sexual, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Tiveram relação sexual	Sexo			
	Masculino n=493		Feminino n=531	
	%	% *	%	% *
Sim	93,8	95,9	66,9	70,4
Não	4,0	4,1	28,1	29,6
Não quer responder	2,2	-	5,0	-

Exclui as respostas “Não quer responder”.

4.4.2 Parceria sexual fixa

Para as pessoas que têm vida sexual ativa, a condição de menor risco de contrair o HIV é a de ter um único parceiro sexual fixo. Assim, os estudantes foram solicitados a informar se têm um parceiro sexual fixo, há quanto tempo, qual o tipo de parceria em termos de compromisso e o quanto confiam em sua fidelidade.

A grande maioria dos estudantes declara ter parceiro sexual fixo: 61,3% dos rapazes e 78,5% das moças (Tabela 27). O percentual bem mais elevado de estudantes do sexo feminino nessa situação reflete o padrão

monogâmico imposto pela sociedade brasileira mais fortemente às mulheres, ainda que sem o compromisso do casamento.

As moças apresentam um pouco mais de tempo de parceria sexual fixa; 18,9% tem parceria há menos de um ano, enquanto este percentual para os rapazes é de 25,3%. Dentre os rapazes, os que têm parceiros há cinco anos e mais correspondem a 9,3% da amostra e dentre as moças esta categoria corresponde a 13,9% (Tabela 28).

A grande maioria dos estudantes que têm parceiros sexuais fixos consideram-nos namorados (78,2% dos rapazes e 83,3% das moças). Com relação à categoria “conhecido”, que é a que apresenta menor nível de compromisso, os valores percentuais, mostram-se bem diferentes: 8,6% dos rapazes e 2,9% das moças (Tabela 29). São dados que também denotam o caráter mais conservador do relacionamento sexual feminino.

O grau de confiança tanto dos rapazes quanto das moças na fidelidade do parceiro sexual é bastante elevado (Tabela 30). Quando se excluem as respostas “não sabe”, que são em número um pouco mais elevado entre as moças (6,9%) que entre os rapazes (3,2%), a distribuição das frequências pelas categorias ficam bastante próximas.

Esses dados são indicadores de uma situação de risco para esses estudantes, pois a situação de namoro, para os jovens, envolve um nível de compromisso bastante insuficiente para garantia da fidelidade sexual do parceiro.

Tabela 27. Parceiro sexual fixo, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Têm parceiro sexual fixo	Sexo			
	Masculino n=455		Feminino n=353	
	%	% *	%	% *
Sim	61,3	62,7	78,5	79,4
Não	36,5	37,3	20,4	20,6
Não quer responder	2,2	-	1,1	-

Exclui as respostas “Não quer responder”.

Tabela 28. Tempo de parceria sexual, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Tempo de parceria (anos)	Sexo	
	Masculino n=218	Feminino n =286
	%	%
< 1	25,3	18,9
1 — 3	42,4	44,2
3 — 5	23,0	23,7
5 e mais	9,3	13,2
$\bar{x}$	2,2 anos	2,3 anos

Tabela 29. Tipo de parceiro sexual, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Tipo de parceiro	Sexo	
	Masculino n= 280 %	Feminino n= 277 %
Namorado	78,2	83,2
Noivo	8,6	12,0
Companheiro	4,6	2,9
Conhecido	8,6	2,9

Tabela 30. Confiança na fidelidade do parceiro sexual, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Grau de confiança	Sexo			
	Masculino (n=280)		Feminino (n=277)	
	%	% *	%	% *
Tem certeza de que não mantém relação sexual com outra pessoa	79,3	81,9	72,6	80,0
Tem certeza, mas não muita de que não mantém relações sexuais com outra pessoa	13,6	14,0	14,4	14,7
Não tem certeza	3,9	4,1	6,1	5,3
Não sabe	3,2	-	6,9	-

Exclui as respostas “Não sabe”.

4.4.3. Parceiros sexuais nos últimos seis meses

Uma das recomendações mais importantes para a prevenção da AIDS consiste na diminuição do número de parceiros sexuais. Assim, os estudantes foram solicitados a informar quantos parceiros tiveram nos últimos seis meses.

Declararam ter tido um único parceiro sexual nesse período 83,2% das moças e 53,3% dos rapazes, conforme indica a Tabela 31. São dados que também refletem as diferenças no padrão de comportamento sexual entre os sexos: um maior número de parceiros sexuais para os homens, sobretudo para os mais jovens, constitui fator de prestígio entre os colegas.

Tabela 31. Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Número de parceiros	Sexo	
	Masculino (n=462) %	Feminino (n=355) %
1 — 2	53,3	83,2
2 — 4	29,3	14,3
4 —	17,4	2,5
$\bar{x}$	1,9 parceiros	1,2 parceiros

4.4.4 Relações sexuais mantidas nos últimos trinta dias

A média de relações sexuais mantidas nos últimos trinta dias por estudantes do sexo masculino foi de 4,6 e a dos estudantes do sexo feminino foi de 4,0. O número de moças que informaram não terem mantido nenhuma relação nesse período (38,9%) é bem superior ao de rapazes (28,1%). Ressalte-se, no entanto, que esses resultados referem-se apenas aos estudantes que declararam já terem mantido relações sexuais.

Tabela 32. Número de relações sexuais mantidas nos últimos 30 dias, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Número de relações sexuais	Sexo	
	Masculino (n=462) %	Feminino (n=355) %
0	28,1	38,9
1 — 4	28,5	25,4
4 — 7	16,7	14,1
7 — 10	6,2	6,5
10 —	20,5	15,1
$\bar{x}$	4,6	4,0

4.4.5 Uso da camisinha

Menos da metade dos estudantes declarou ter usado camisinha em todas as relações sexuais mantidas nos últimos trinta dias (tabela 33). Aqui a diferença entre os sexos é bastante acentuada, pois os números correspondentes a homens e mulheres são 49,1% e 37,9%, respectivamente. Os estudantes que declararam não terem usado a camisinha em nenhuma daquelas relações correspondem a 20,3% dos rapazes e 32,6% das moças.

Os dados obtidos por **Temporini** (1995) mostram um número bem menor de estudantes que declararam ter utilizado camisinha nas relações sexuais no últimos doze meses anteriores à pesquisa: 17,7% dos rapazes e 11,8% das moças. Os estudantes que declararam não tê-la utilizado nenhuma vez nesse período correspondem a 39,2% tanto das moças quanto dos rapazes.

Tudo indica que a situação se alterou nesse período, provavelmente, em decorrência das mensagens educativas divulgadas pelos meios de comunicação.

Chama a atenção, no entanto, que a quantidade de mulheres que declararam não utilizar ou utilizar pouco a camisinha continue bem menor que a de homens.

A explicação para esse fato pode estar na assimetria das relações de poder entre homem e mulher, que torna difícil conversar e negociar a segurança no sexo (**Paiva**, 1994). A iniciativa do uso da camisinha geralmente é do homem. A mulher tem menor chance de propor o seu uso,

sobretudo quando o seu parceiro é estável. É, pois, uma situação que a torna potencialmente exposta ao risco de contrair AIDS.

Tabela 33. Uso da camisinha nas relações sexuais mantidas nos últimos seis meses, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Uso de camisinha	Masculino n=428 %	Feminino n=325 %
(4) Todas as vezes	49,1	37,9
(3) A maioria das vezes	19,4	15,4
(2) Cerca de metade das vezes	4,2	5,2
(1) A minoria das vezes	7,0	8,9
(0) Nenhuma vez	20,3	32,6
VEM*	2,69	2,16

* Valor Escalar Médio

4.4.6 Hábito de conversar sobre assuntos relacionados a AIDS.

A frequência com que os estudantes discutem acerca da AIDS varia em função do sexo e do assunto, conforme indica a tabela 34. De acordo com os dados, o uso da camisinha é sempre discutido pela maioria dos estudantes tanto do sexo masculino (VEM=1,57) quanto do feminino (VEM=1,53). Resultados próximos são obtidos em relação a prazer no sexo e fidelidade ao parceiro sexual. Fazer o teste de AIDS é pouco discutido pelos estudantes de ambos os sexos; o VEM para os rapazes é 0,81 e para as

moças é 0,80. Já homossexualismo é bem mais discutido pelas garotas do que pelos rapazes. Ter sexo com várias pessoas, por sua vez, é pouco discutido pelos rapazes (VEM= 1,07) e bem menos pelas garotas (VEM= 0,70).

Fazer o teste de AIDS é o assunto menos freqüente nas conversas que os estudantes mantêm acerca da AIDS. Com efeito, este constitui o assunto mais delicado. Muitas pessoas temem um resultado positivo, por isso evitam fazer o teste e, conseqüentemente, comentar o assunto. Outras pessoas, por sua vez, temem fazer o teste, ou mesmo declarar a intenção de fazê-lo pelo risco de ficarem estigmatizadas.

Tabela 34. Frequência do diálogo com amigos sobre assuntos relacionados à AIDS, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Assunto	Masculino			Feminino		
	sempre (2) %	raramente (1) %	nunca (0) %	sempre (2) %	raramente 1 %	nunca (0) %
Uso de camisinha	63,1	31,6	5,3	62,7	30,4	6,9
Homossexualismo	21,4	56,3	22,3	43,1	48,1	8,8
Prazer no sexo	63,8	29,9	6,3	53,2	32,5	14,3
Fazer o teste de AIDS	19,3	43,4	37,3	20,3	39,6	40,1
Ter sexo com várias pessoas	32,7	42,5	24,8	18,4	33,4	48,2
Fidelidade ao parceiro sexual	59,5	30,0	10,5	70,7	20,0	9,3

* Valor Escalar Médio

A grande maioria dos estudantes, por sua vez, independentemente do sexo, declarou sentir-se muito à vontade conversando sobre AIDS com os amigos, conforme os dados da tabela 34. Isto serve para ressaltar a importância da realização de programas de prevenção à AIDS utilizando métodos que envolvam os pares.

Tabela 35. Sensação de naturalidade ao conversar sobre AIDS com os amigos, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Como se sentem	Masculino n=495 %	Feminino n=543 %
(3) Muito à vontade	72,4	74,8
(2) Mais ou menos à vontade	21,8	19,7
(1) Um pouco à vontade	3,2	3,5
(0) Nada à vontade	2,6	2,0
VEM*	2,63	2,66

* Valor Escalar Médio

4.4.7 Mudança de conduta em relação à AIDS.

As afirmações referentes à mudança de conduta sexual por causa da AIDS mostram notável padrão de distribuição em relação aos sexos (tabela 36). A maioria declarou ter mudado em relação a escolha do parceiro sexual e ao uso de camisinha; no entanto, as moças teriam mudado menos. Os Valores Escalares Médios desses dois fatores para os rapazes situaram-se em 1,54 e 1,46 e para os rapazes e em 1,44 e 1,22 para as moças. Em relação ao número de parceiros sexuais, um número menor de rapazes afirmou ter mudado (VEM= 1,18) e um número menor ainda de moças (VEM= 0,82). A menor magnitude de mudanças ficou por conta do número de relações, cujo VEM para os rapazes ficou em 0,58 e em 0,35 para as moças.

Este padrão de distribuição tem a ver com o próprio padrão de conduta sexual dos homens e das mulheres. Estas, de modo geral, quando solteiras, têm menos parceiros, mantêm menor número de relações sexuais e apresentam menores oportunidades para escolher seus parceiros sexuais.

Tabela 36. Fatores de mudança de conduta sexual por causa da AIDS, segundo o sexo. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Fatores	Masculino %	Feminino %
	n=428	n=315
Número de parceiros sexuais		
Mudou muito	44,3	35,6
Mudou um pouco	27,4	11,4
Nada mudou	28,3	53,0
VEM*	1,18	0,82
	n=433	n=316
Número de relações		
Mudou muito	15,2	10,8
Mudou um pouco	27,7	13,6
Nada mudou	57,1	75,6
VEM*	0,58	0,35
	n=439	n=326
Uso de camisinha		
Mudou muito	65,4	50,6
Mudou um pouco	15,5	20,9
Nada mudou	19,1	28,5
VEM*	1,46	1,22
	n=439	n=318
Escolha do parceiro sexual		
Mudou muito	68,4	62,6
Mudou um pouco	18,2	8,2
Nada mudou	13,4	29,2
VEM*	1,54	1,33

* Valor Escalar Médio

4.4.8 Pessoas em quem confiariam para manter relações sexuais

As pessoas em quem os estudantes mais confiariam para manter relações sexuais são os namorados, maridos ou esposas e noivos(as). Em relação à confiança nessas pessoas, os valores percentuais para os rapazes e para as moças apresentam-se bastante semelhantes. As moças, no entanto, mostram-se mais restritas quanto a manter relações com outras pessoas (Tabela 37).

Nota-se que a maioria dos estudantes tanto do sexo masculino quanto do feminino manifestam mais confiança para manter relações sexuais com namorados do que com noivos ou maridos. Explica-se esse resultado pelo fato dos estudantes serem solteiros. Ter namorados corresponde na maioria dos casos a uma situação real. Já ter marido, esposa, noivo ou noiva corresponde a uma situação hipotética.

Apesar de as estudantes manifestarem pouca disposição para se relacionar sexualmente com pessoas que apresentam maior risco de portar o HIV, o fato de confiarem no namorado as coloca numa situação de risco potencial. É provável que seus namorados sejam também universitários da mesma faixa etária. E como muitos desses estudantes confiariam em pessoas que conhecem pouco para manter relações sexuais, o risco de contrair AIDS se acentua. Sobretudo quando se considera a dificuldade para “negociar” o uso da camisinha com o namorado.

Cabe ressaltar também que a redução do número de parceiros constitui postura recomendada para diminuir o risco de infecção. Não se recomenda, no entanto, passar a informação de que relações monogâmicas

são seguras, pois o número de mulheres nessa situação que se infectam é muito elevado.

Tabela 37. Pessoas em quem confiariam para manter relações sexuais.

Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Como se sentem	Masculino n=462 %	Feminino n=355 %
Amigos	43,1	20,5
Colegas de escola	19,3	2,5
Colegas de trabalho	16,0	2,5
Namorado(a)	82,0	81,4
Noivo(a)	52,8	59,1
Marido ou esposa	59,1	59,7
Pessoas que conhecem em festas, bares, passeios, etc	5,8	0,8
Garoto(a) de programa	1,1	-
Prostituta	1,7	-

4.5 RELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO DE RISCO PESSOAL DE CONTRAIR AIDS E CONDUTA SEXUAL PREVENTIVA

Estas duas variáveis constituem o objeto da pesquisa e conseqüentemente estão sendo estudadas como variáveis dependentes. Tendo em vista, no entanto, verificar a existência de relação entre essas variáveis, procedeu-se a aplicação dos testes de associação e de significância, que são apresentados na tabela 38.

A percepção de risco de contrair AIDS é significativamente maior entre os estudantes que não têm parceiros sexuais fixos, têm maior número de parceiros e não têm muita certeza acerca de sua fidelidade. Esta situação constitui importante elemento a ser considerado nos programas preventivos. A redução do número de parceiros vem sendo incentivada nas campanhas preventivas. Tendo em vista, a fácil aceitação desse fator na prevenção da AIDS, os referidos programas poderão se tornar mais eficazes à medida que desenvolvam estratégias com o objetivo de favorecer o relacionamento sexual com um único parceiro.

Tabela 38. Relação entre a percepção de risco pessoal de contrair AIDS e a conduta sexual. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Percepção de risco * %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Relações sexuais					
já mantiveram	815	37,5	0,93	0,65-1,33	0,18
não mantiveram	168	39,3			
Parceria sexual fixa					
sim	559	34,7	0,67	0,49-0,93	6,36**
não	238	44,1			
Um parceiro e nenhum	487	31,4	0,52	0,37-0,73	16,42***
Mais de um parceiro	244	46,7			
Até três relações sexuais	221	37,1	1,02	0,70-1,48	0,01
Mais de três relações	327	36,7			
Usaram todas as vezes	336	35,7	0,94	0,69-1,29	0,16
Outras respostas	428	37,1			
Percepção acerca da fidelidade do parceiro sexual					
Muita certeza	421	29,9	0,46	0,29 - 0,73	12,55***
Não muita certeza e	106	48,1			
certeza alguma					

* Percentagem de estudantes que admitem correr risco de contrair AIDS muito grande, grande ou médio.
** p < 0,025
*** p < 0,001

A percepção de risco, como já foi considerado na Introdução deste trabalho, constitui um dos aspectos mais relevantes na determinação da conduta em saúde. Tanto é que a percepção de risco pessoal constitui o aspecto psicodinâmico mais saliente nos principais modelos de conduta em saúde.

O “**Health Belief Model**”, que tem sido o mais utilizado nas pesquisas sobre prevenção de saúde, já em sua formulação original, admitia que para uma pessoa evitasse uma doença deveria acreditar (1) que ela seria pessoalmente suscetível à doença, (2) que a ocorrência da doença teria pelo menos severidade moderada em algum componente de sua vida e que (3) determinadas ações poderiam ser benéficas para reduzir sua suscetibilidade à doença. (**Rosenstock**, 1974).

A despeito, porém, do valor do “**Health Belief Model**” e de outros modelos que enfatizam a importância da percepção de risco pessoal na determinação da conduta preventiva em saúde, a relação entre estas duas variáveis nem sempre aparece de forma tão evidente. Tanto é que há estudos em que essa associação se manifesta e em outros não. **Allard** (1989) verificou que as práticas preventivas em relação à AIDS eram mais frequentes entre as pessoas que se consideravam suscetíveis à AIDS, bem como entre as que mantinham outras crenças consideradas pelo “**Health Belief Model**”: percepção da severidade da doença, receptividade à prevenção e forte motivação para manter-se sadia.

Já **Donald e col.** (1994), pesquisando jovens australianos, concluíram que o uso da camisinha era mais frequente entre os que acreditavam estar menos predispostos a ser infectado pelo HIV.

Vanlandingham e col. (1995) desenvolveram um “survey” abrangendo vários segmentos populacionais na Tailândia e observaram baixa correlação negativa entre percepção de risco e uso da camisinha.

Snyder & Rouse (1992) verificaram que a percepção de risco pessoal constitui determinante de mudanças comportamentais mais importante do que o risco real, embora nem sempre essas mudanças sejam as que efetivamente contribuem para diminuir o risco da infecção pelo HIV.

Outros estudos, como os desenvolvidos por **Catania** (1991) e **Gerrard & Warner** (1992, apud **Dolcini**, 1996) não possibilitaram a constatação de relação entre essas duas variáveis.

Discrepâncias como essas não devem, no entanto, desanimar os pesquisadores, mas sim estimular o aprimoramento dos procedimentos metodológicos para investigar o assunto. Nesse sentido, cabe considerar a preocupação de alguns pesquisadores (**Dolcini**, 1996) no sentido de precisar a concepção de risco, distinguindo entre preocupação (“worry”) com a AIDS e a percepção da probabilidade (“likelihood”) de contraí-la.

Também se verifica a preocupação de estudiosos no sentido de pesquisar comportamento de risco de maneira mais específica. O que se justifica pelo fato de algumas pesquisas terem verificado que apenas alguns comportamentos estão relacionados a percepção de risco. **Baldwin & Baldwin** (1988) e **Prohaska e col.** (1990) verificaram que a percepção de risco estava associada ao menor número de parceiros, mas não ao uso da camisinha.

Assim, nesta pesquisa a conduta sexual dos estudante foi pesquisada a partir de três dimensões: número de parceiros sexuais, frequência de relação sexuais e uso da camisinha.

O fato de já ter mantido ou não relações sexuais não interfere na percepção de risco. O mesmo, porém, não ocorre quando se considera a parceria sexual, visto que os estudantes que não têm parceiro sexual fixo são os que se julgam mais suscetíveis à AIDS. Da mesma forma, os estudantes que se vêem menos suscetíveis à AIDS são os que mais confiam na fidelidade de seus parceiros sexuais fixos (Tabela 38).

Os dados obtidos mostram acentuada associação entre percepção de risco pessoal e o número de parceiros. Não indicam, no entanto, relação com a frequência de relações sexuais e o uso da camisinha. O que mostra constante semelhança com os resultados obtidos por **Baldwin e Baldwin** (1988) e **Prohaska e col.** (1990).

A associação entre percepção de risco e conduta sexual preventiva é bastante relevante e deve ser pesquisada. **Kowalewsky, Henson & Longshore** (1972), examinando 60 estudos quantitativos sobre esse assunto, identificaram muitas limitações teóricas e metodológicas, tais como: (1) delineamentos transversais que constroem ou confundem os resultados, (2) mensurações inconsistentes, (3) insuficiente consideração de subgrupos específicos ou diferenças comportamentais e (4) desatenção a normas situacionais e outros fatores contextuais. **Podden & Reisen** (1997), também analisando as pesquisas relacionando percepção de risco e conduta sexual preventiva, concluíram que estas em sua maioria, falharam na demonstração dessa relação.

Como nesta pesquisa foram definidas diferentes dimensões da variável conduta sexual preventiva, tornou-se possível verificar como a força da relação entre percepção de risco e conduta sexual varia conforme a dimensão considerada.

Por outro lado, os dados da tabela 39 mostram forte associação entre percepção de risco pessoal e mudança de conduta sexual em decorrência da AIDS quanto ao número de relações e a frequência do uso da camisinha.

Tabela 39. Relação entre a percepção de risco pessoal em relação à AIDS e mudança de conduta sexual em decorrência da AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Mudança de conduta	n	Percepção de risco * %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Quanto ao número de parceiros					
Mudaram muito	306	36,9	0,96	0,70 - 1,31	0,09
Mudaram um pouco ou não mudaram	445	38,0			
Quanto ao número de relações					
Mudaram muito	263	44,5	1,56	1,13 - 2,16	8,16***
Mudaram um pouco ou não mudaram	747	33,9			
Quanto ao uso da camisinha					
Mudaram muito	587	40,0	1,64	1,12 - 2,41	7,06**
Mudaram um pouco ou não mudaram	176	29,0			
Quanto à escolha do parceiro					
Mudaram muito	498	38,0	1,06	0,76 - 1,47	0,14
Mudaram um pouco ou não mudaram	257	36,6			

* Percentagem de estudantes que admitem correr risco de contrair AIDS muito grande, grande ou médio.
** p < 0,01
*** p < 0,005

4.6 RESULTADOS RELATIVOS À RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS INDEPENDENTES E A PERCEPÇÃO DE RISCO PESSOAL DE CONTRAIR AIDS

4.6.1. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e variáveis demográficas e acadêmicas

Não foram encontradas relações significativas entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e as variáveis demográficas (sexo e idade). Alguma relação, embora não muito significativa foi verificada em relação à área em que estudam; os que fazem cursos no campo das ciências exatas apresentariam percepção de risco pessoal de contrair AIDS um pouco mais elevada (Tabela 40).

Tabela 40. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e variáveis demográficas e acadêmicas. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Percepção de risco * %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Sexo					
Masculino	494	38,3	1,06	0,82 - 1,38	0,20
Feminino	542	36,9			
Idade	459 577	37,5 37,6	0,99	0,76-1,29	0,00
Área em que estudam					
Ciências Humanas	743	36,1	0,80	0,60-1,07	2,45
Ciências Exatas	293	41,3			
Série que cursam					
1ª e 2ª	628	38,2	1,08	0,82-1,41	0,30
3ª, 4ª e 5ª	408	36,5			

* Percentagem de estudantes que admitem correr risco de contrair AIDS muito grande, grande ou médio.

4.6.2. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e proximidade a pessoas que ficaram doentes ou morreram de AIDS

Antecipou-se a possibilidade de o conhecimento de pessoas que contraíram AIDS ou que vieram a morrer em decorrência dela pudesse influenciar na conduta normal preventiva e na percepção de risco. Em apoio a esta hipótese estão os programas educativos que, reconhecendo a importância dos aspectos emocionais na determinação de atitudes e conduta

sexuais, utilizam pessoas portadoras do HIV. Os resultados, no entanto, não demonstraram relações significativas entre essas variáveis(Tabela 41).

Tabela 41. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e proximidade a pessoas que ficaram doentes ou morreram de AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Proximidade	n	Percepção de risco * %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Pessoas que ficaram doentes de AIDS					
Sim	277	39,0	1,09	0,81 - 1,47	0,36
Não	758	36,9			
Pessoas que ficaram morreram de AIDS					
Sim	297	39,7	1,14	0,85 - 1,52	0,85
Não	739	36,7			

* Percentagem de estudantes que admitem correr risco de contrair AIDS muito grande, grande ou médio.

4.6.3. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e conhecimentos e opiniões relativas à AIDS

•

Não se observou relação entre conhecimentos sobre as formas de contágio pelo HIV e percepção de risco. No entanto, verificou-se nítida associação entre a percepção de risco e a percepção acerca dos próprios conhecimentos sobre AIDS. Os estudantes que admitem conhecer menos o assunto vêm-se mais suscetíveis à AIDS (Tabela 42).

A opinião acerca das formas de contágio apresentadas pela mídia também se mostra associada à percepção de risco, pois os estudantes que se julgam mais suscetíveis tendem a admitir que é possível contrair AIDS de muitas outras maneiras além das que são divulgadas. E estes estudantes são os que mais discordam quanto à suficiência das recomendações que são apresentadas pela mídia para prevenção da AIDS (Tabela 42).

Tabela 42. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e conhecimentos e opiniões relativas à AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Percepção de risco *	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Conhecimentos sobre AIDS**					
Nove acertos e mais	525	37,0	1,06	0,81-1,37	0,18
Menos de nove acertos	510	38,2			
Percepção acerca dos conhecimentos sobre AIDS					
Conhece muito bem	230	27,8	0,57	0,41 - 0,80	11,95*****
Conhecem bem, mais ou menos, mal ou muito mal	803	40,3			
Opinião acerca da possibilidade de contágio por outras formas, além das de contágio apresentadas pela mídia					
Concordam	290	43,8	1,50	1,10 - 2,03	7,42***
Discordam	555	34,2			
Opinião acerca da insuficiência das recomendações divulgadas pela mídia					
Concordam	640	72,0	1,56	1,17 - 2,09	9,80*****
Discordam	331	28,0			

* Percentagem de estudantes que admitem correr risco de contrair AIDS muito grande, grande ou médio.

** Mensurados através da quantidade de acertos em relação a 11 questões referentes às formas de contágio pelo HIV

*** p < 0,010

**** p < 0,005

***** p < 0,001

Os estudantes que se sentem menos suscetíveis em relação à AIDS são os que mais concordam com a afirmação de que é possível contraí-la de muitas outras maneiras além das que são divulgadas. São também os que admitem serem suficientes as recomendações feitas com vistas à prevenção da AIDS.

Desses resultados infere-se que os estudantes que se julgam com menor risco de contrair AIDS preocupam-se menos com o questionamento acerca das formas de contágio e de prevenção. Esse fato vem corroborar um dos princípios do “**Health Belief Model**”: o que estabelece ser a percepção da suscetibilidade a uma doença um dos mais importantes elementos a serem considerados com vistas à adoção de medidas preventivas.

4.6.4. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e a percepção da gravidade da AIDS

Os estudantes que apresentam percepção mais acentuada da gravidade da AIDS são os que mais se sentem suscetíveis à doença (Tabela 43).

Tabela 43. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e percepção acerca da gravidade da AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Percepção	n	Percepção de risco *	OR	Intervalo de confiança %	χ^2
Gravidade da AIDS					
Muito grave	906	38,7	1,53	1,00 - 2,34	4,39**
Grave ou mais ou menos grave	130	29,2			
Gravidade da AIDS em relação ao câncer					
Mais grave	321	37,7	1,03	0,78 - 1,37	0,05
Tão ou menos grave	698	37,0			
Gravidade da AIDS em relação à lepra					
Mais grave	389	37,0	0,95	0,72 - 1,26	0,12
Tão ou menos grave	556	38,1			
Gravidade da AIDS em relação à sífilis					
Mais grave	466	38,6	1,13	0,86 - 1,49	0,86
Tão ou menos grave	498	35,7			
Gravidade da AIDS em relação ao ataque cardíaco					
Mais grave	401	41,6	1,36	1,03 - 1,78	5,28***
Tão ou menos grave	592	34,5			
Gravidade da AIDS em relação à doença mental					
Mais grave	388	38,9	1,15	0,87 - 1,53	1,09
Tão ou menos grave	551	35,6			

* Percentagem de estudantes que admitem correr risco de contrair AIDS muito grande, grande ou médio.

** $p < 0,05$

*** $p < 0,025$

Estes resultados mostram também a associação entre dois dos mais importantes componentes do “**Health Belief Model**”, que são as percepções acerca da suscetibilidade à doença e de sua gravidade.

4.6.5. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e de grupos suscetíveis

A percepção acerca do risco pessoal de contrair AIDS não apresenta associação significativa com a percepção acerca da suscetibilidade de grupos em relação à AIDS, a não ser no referente ao número de parceiros. Os estudantes que se sentem mais suscetíveis à AIDS admitem que os homossexuais com parceiros fixos também estão bastante sujeitos à AIDS. Da mesma forma, admitem que os heterossexuais com um único parceiro também estão bastante sujeitos à AIDS (tabela 44).

É interessante considerar que a associação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e a percepção da suscetibilidade de heterossexuais com parceiro fixo ($OR=1,69$) é muito mais acentuada que a associação com a percepção referente a homossexuais com parceiro fixo ($OR=1,38$).

Tabela 44. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e percepção da suscetibilidade de grupos. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Percepção de grupos suscetíveis	n	Percepção de risco * %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Homossexuais com parceiro fixo					
Muito alto ou médio	636	40,4	1,38	1,05 - 1,82	5,86**
Baixo ou muito baixo	398	32,9			
Homossexuais com muitos parceiros					
Muito alto	919	38,1	1,25	0,80 - 1,94	1,09
Alto, médio, baixo e muito baixo	112	33,0			
Heterossexuais com parceiro fixo					
Muito alto, alto médio	393	45,3	1,69	1,29 - 2,21	15,87***
Baixo e muito baixo	638	32,9			
Heterossexuais com muitos parceiros					
Muito alto	701	38,5	1,12	0,84 - 1,48	0,63
Alto, médio baixo e muito baixo	331	36,0			
Bissexuais					
Muito alto	702	37,6	0,99	0,75 - 1,38	0,00
Alto, médio, baixo ou muito baixo	328	37,8			
Prostitutas					
Muito alto	903	37,9	1,08	0,72 - 1,61	0,14
Alto, médio, baixo e muito baixo	130	36,2			
Garotos (as) de programa					
Muito alto	87,0	37,8	1,09	0,73 - 1,61	0,20
Alto, médio, baixo e muito baixo	13,0	35,8			
Usuário de drogas injetáveis					
Muito alto	918	37,5	0,93	0,61 - 1,42	0,12
Alto, médio, baixo e muito baixo	115	39,1			

* Percentagem de estudantes que admitem correr risco de contrair AIDS muito grande, grande ou médio.

** p = 0,015

*** p = 0,00006

4.6.6. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e julgamentos morais

Diversos estudos têm demonstrado a existência de relação entre intolerância e conhecimentos sobre AIDS (**Witt**, 1989; **Herlitz & Brorsson**, 1990). Homofobia, por sua vez, vem sendo reconhecida como fator associado ao conhecimento e às atitudes em relação à AIDS (**Peruga e col.**, 1993; **Westerman & Davidson**, 1992).

Para **Walker e col.** (1990), os preconceitos em relação à AIDS são semelhantes aos preconceitos contra as pessoas deficientes. Essas deficiências podem provocar medo e ansiedade nos outros, que no caso da AIDS são constituídos por julgamentos morais em relação aos comportamentos que podem conduzir a essa doença.

Historicamente, as doenças sexualmente transmissíveis têm sido vistas como doenças “dos outros” e em relação à AIDS não tem sido diferente. Daí porque os julgamentos desfavoráveis aos integrantes dos “grupos de risco” podem ser entendidos dificultadores de ações de prevenção à AIDS.

Neste estudo não foi constatada a existência de relações significativas entre a percepção de risco pessoal de contrair AIDS e a atitude em relação aos homossexuais e profissionais do sexo. Constatou-se, no entanto, que os estudantes cuja percepção de risco em relação à AIDS é maior são os que avaliam de maneira menos negativa a conduta sexual dos pacientes de AIDS.

Tabela 45. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e julgamentos morais. Estudantes universitários da Grande São Paulo 1996

Julgamento	n	Percepção de risco * %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Atitude em relação aos profissionais do sexo **					
Mais favorável	653	39,4	1,25	0,92 - 1,70	2,18
Menos favorável	272	34,2			
Atitude em relação aos homossexuais ***					
Mais favorável	267	42,3	1,32	0,98 - 1,79	3,65
Menos favorável	709	35,7			
Julgamento da conduta das pacientes de AIDS					
Muito e um pouco anormal	640	34,4	0,67	0,48 - 0,94	5,84****
Normal	196	43,9			

* Percentagem de estudantes que admitem correr risco de contrair AIDS muito grande, grande ou médio.

** Mensurada a partir da Escala de Atitudes em Relação aos Profissionais do Sexo (Tabela 19). Atitude mais favorável, concordância com os enunciados 3 e 4; atitude menos favorável, concordância com os enunciados 1 e 2.

*** Mensurada a partir da Escala de Atitudes em Relação aos Homossexuais (Tabela 18). Atitude mais favorável, concordância com os enunciados 3 e 4; atitude menos favorável, concordância com os enunciados 1 e 2.

**** p<0,005

4.6.7. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e opiniões acerca da Igreja Católica

Não foi verificada a existência de relação entre a percepção de risco pessoal de contrair AIDS e as opiniões manifestadas pelos estudantes acerca da Igreja Católica, tanto no que se refere à sua influência sobre o uso

da camisinha quanto à sua competência para conversar com seus fiéis a esse respeito.

Tabela 46. Relação entre a percepção de risco pessoal em relação à AIDS e opiniões acerca da Igreja Católica. Estudantes universitários da Grande São Paulo 1996

Opiniões sobre a Igreja Católica	n	Percepção de risco * %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Competência para conversar sobre o uso da camisinha					
Sim	704	38,1	0,88	0,62 - 1,25	0,56
Não	180	41,1			
Influência sobre o uso da camisinha					
Influi muito e mais ou menos	596	37,8	1,06	0,80 - 1,42	0,20
Influi pouco e nada influi	350	36,3			

* Percentagem de estudantes que admitem correr risco de contrair AIDS muito grande, grande ou médio.

4.6.8. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e percepção da eficácia da camisinha para preveni-la

Os estudantes que se julgam mais suscetíveis à AIDS são os que demonstram menor confiança na sua eficácia (Tabela 47).

É interessante considerar que a percepção de risco pessoal mais elevada não está contribuindo para rejeição de um dos procedimentos mais recomendados para prevenção da AIDS. Como, apesar de sua eficácia, a camisinha não constitui garantia absoluta contra essa doença, os resultados obtidos parecem antes indicar que a percepção de risco pessoal tem a ver principalmente com a disposição para avaliar mais criticamente os meios preventivos disponíveis.

4.6.9. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e percepção de competência pessoal para evitá-la

Não foram identificadas associações muito significativas entre percepção de risco pessoal e percepção de competência pessoal para usar a camisinha e para convencer o parceiro a utilizá-la. Verifica-se, no entanto, que os estudantes que admitem maior risco de contrair AIDS são os que menos crêem na eficácia da camisinha (Tabela 47).

Esses resultados indicam a conveniência de se demonstrar a eficácia da camisinha nos programas de prevenção à AIDS.

Tabela 47. Relação entre as percepção de risco pessoal de contrair AIDS e percepção acerca da eficácia da camisinha e da competência pessoal de utilizá-la. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Percepção	n	Percepção de risco * %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Eficácia da camisinha					
Muito segura	281	31,0	0,66	0,48 - 0,90	7,84**
Mais ou menos, pouco ou nada segura	731	40,5			
Competência para usar a camisinha					
Muito confiante	308	37,0	0,83	0,56 - 1,24	0,89
Mais ou menos, ou nada confiantes	174	41,4			
Competência para convencer o parceiro a usar a camisinha					
Muito confiante	689	65,4	0,80	0,60 - 1,07	2,57
Mais ou menos, pouco ou nada confiantes	318	41,5			

* Percentagem de estudantes que admitem correr risco de contrair AIDS muito grande, grande ou médio.
** p< 0,01

4.6.10. Relação entre percepção de risco pessoal de contrair AIDS e percepção acerca dos pares

O estudantes que se vêem com maior suscetibilidade de contrair AIDS são também os que admitem que seus pares estão sujeitos a maior risco. Estes estudantes também são os que mais os percebem como praticantes de comportamentos de risco: sexo com muitos parceiros e com pessoas que têm muitos parceiros (Tabela 48).

Tabela 48. Relação entre percepção de risco pessoal em relação à AIDS e percepções acerca dos pares. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Percepção acerca dos pares	n	Percepção de risco* %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
continua					
<i>Sobre a influência dos pares</i>					
Ouvem o que dizem					
Sempre	596	38,8	1,19	0,90 - 1,57	1,62
Às vezes e nunca	383	34,7			
Respeitam suas opiniões					
Sempre	720	38,8	1,29	0,94 - 1,75	2,80
Às vezes e nunca	267	33,0			
Discutem o assunto					
Sempre	671	38,5	1,14	0,85 - 1,51	0,83
Às vezes e nunca	327	35,5			
Fazem o que sugerem					
Sempre e as vezes	783	37,0	1,03	0,73 - 1,47	0,04
Nunca	182	36,3			
Fazem o que fazem					
Sempre e às vezes	525	38,9	1,19	0,91 - 1,57	1,71
Nunca	440	34,8			
Risco de contrair AIDS					
Muito alto, alto e médio	427	60,7	5,68	426 - 7,58	164,26***
Baixo, Muito baixo e	600	21,3			
nenhum					
<i>Sobre a conduta sexual dos pares</i>					
Sexo sem camisinha					
Sempre, às vezes	613	40,4	1,29	0,93 - 1,80	2,49
Nunca	232	34,1			
Sexo com muitos parceiros					
Sempre e às vezes	336	43,8	1,56	1,15 - 2,10	9,24**
Nunca	492	33,3			

Percepção acerca dos pares	n	Percepção de risco %	OR	Intervalo de confiança (95%)	conclusão χ^2
Sexo com pessoas com muitos parceiros					
Sempre e às vezes	284	46,0	1,79	1,28 - 2,50	12,69***
Nunca	434	32,3			
Uso de drogas injetáveis					
Competência dos pares para usar a camisinha					
Sim	72,8	37,9	0,70	0,32-1,55	0,53
Não	3,0	46,7			
Competência dos pares para convencer o parceiro a usar camisinha					
Sim	617	31,0	0,64	0,57 - 1,11	2,88
Não	65	41,7			

* Percentagem de estudantes que admitem correr risco de contrair AIDS muito grande, grande ou médio.
** p < 0,05
*** p < 0,001

4.7 RESULTADOS RELATIVOS A RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES COM A CONDUTA SEXUAL

4.7.1. Relação entre conduta sexual e variáveis demográficas e acadêmicas

Diferentemente do verificado em relação a percepção de risco, foram identificadas algumas associações bastante significativas entre variáveis demográficas e acadêmicas e a conduta sexual (Tabelas 49 a 51).

Os estudantes do sexo feminino declararam ter menor número de parceiros, manter menor número de relações sexuais e utilizar preservativos com menor frequência. Também se verificou que os estudantes da área de ciências exatas usam mais frequentemente a camisinha. E que os estudantes mais jovens mantêm menos relações sexuais.

Associação entre o uso da camisinha e o sexo também foi identificada por **Temporini** (1995). Nesse estudo, 33,4% das moças e 19,9% dos rapazes afirmaram ter usado camisinha em todas ou na maioria das relações sexuais mantidas nos últimos doze meses.

Menor número de parceiros e menor quantidade de relações sexuais correspondem ao padrão de conduta sexual feminina vigente em nossa sociedade. Já o uso mais freqüente de camisinha pela moças relaciona-se possivelmente à sua função contraceptiva.

Tabela 49. Relação entre o número de parceiros nos últimos seis meses e variáveis demográficas e acadêmicas. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Um parceiro e nenhum %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Sexo					
Masculino	462	59,1	0,26	0,18-0,37	63,44*
Feminino	355	84,8			
Idade					
Até 20 anos	319	71,2	1,07	0,78-1,48	0,20
20 anos e mais	498	69,7			
Área em que estudam					
Ciências exatas	230	71,0	1,14	0,81-1,61	1,14
Ciências humanas	587	68,3			
Série que cursam					
1ª e 2ª	463	70,2	0,99	0,72-1,36	0,00
3ª, 4ª e 5ª	354	70,3			

* $p < 0,01$

Tabela 50. Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e variáveis demográficas e acadêmicas. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Até três relações sexuais %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Sexo					
Masculino	462	56,7	0,73	0,54-0,98	4,72*
Feminino	355	64,2			
Idade					
Até 20 anos	319	67,7	1,71	1,26-2,33	13,05**
20 anos e mais	498	55,0			
Área em que estudam					
Ciências exatas	230	61,7	0,90	0,65-1,25	0,41
Ciências humanas	587	59,3			
Série que cursam					
1ª e 2ª	463	65,7	1,73	1,28-2,32	14,38**
3ª, 4ª e 5ª	354	52,5			

* p< 0,05
** p< 0,001

Tabela 51. Relação entre a freqüência de uso da camisinha nos últimos três meses e variáveis demográficas e acadêmicas. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Usaram camisinha em todas as relações %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Sexo					
Masculino	428	49,1	1,58	1,16-2,15	9,43*
Feminino	325	37,8			
Idade					
Até 20 anos	294	43,5	0,95	0,70-1,29	0,12
20 anos e mais	464	44,8			
Área em que estudam					
Ciências exatas	216	56,9	0,49	0,35-0,68	19,49**
Ciências humanas	587	59,3			
Série que cursam					
1ª e 2ª	423	43,3	0,92	0,68-1,24	0,36
3ª, 4ª e 5ª	330	45,5			

* p< 0,005

** p< 0,001

4.7.2. Relação entre conduta sexual e o conhecimento de pessoas próximas que ficaram doentes ou morreram de AIDS

No referente ao conhecimento de pessoas que ficaram doentes ou vieram a morrer de AIDS, verificou-se associação apenas com o número de relações sexuais; todavia, de forma diversa da esperada, pois os estudantes com maior nível de contato com essas pessoas são os que apresentam relacionamento sexual mais freqüente (Tabela 52). Esse fato examinado juntamente com os resultados da Tabela 54, parecem reforçar a idéia de que a AIDS é doença que aparece em outras pessoas e não em si próprio, como

foi observado em outras pesquisas (Westerman & Davidson, 1993; Santos, 1996).

Tabela 52. Relação entre o número de parceiros nos últimos seis meses e conhecimento de pessoas próximas que ficaram doentes ou morreram de AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Pessoas próximas	n	Um parceiro e nenhum %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Ficaram doentes de AIDS					
Sim	234	69,2	0,93	0,66 - 1,31	0,19
Não	582	70,8			
Morreram de AIDS					
Sim	245	68,2	0,87	0,62 - 1,22	0,73
Não	572	71,2			

Tabela 53. Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e conhecimento de pessoas próximas que ficaram doentes ou morreram de AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Pessoas próximas	n	Até três relações sexuais %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Ficaram doentes de AIDS					
Sim	234	53,8	0,70	0,51-0,97	5,05*
Não	582	62,4			
Morreram de AIDS					
Sim	245	51,4	0,61	0,44 - 0,83	10,65**
Não	572	63,6			

* p < 0,025

** p < 0,005

Tabela 54. Relação entre o uso de camisinha nos últimos três meses e conhecimento de pessoas próximas de pessoas que ficaram doentes ou morreram de AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Pessoas próximas	n	Usaram camisinha todas as vezes %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Ficaram doentes de AIDS					
Sim	213	45,5	1,08	0,77-1,51	0,23
Não	539	43,6			
Morreram de AIDS					
Sim	206	40,7	0,81	0,58-1,13	1,62
Não	527	45,7			

4.7.3. Relação entre conduta sexual e conhecimentos e opiniões relativos à AIDS

Os estudantes que apresentam mais elevado nível de conhecimentos sobre as formas de transmissão do HIV são os que apresentaram maior número de parceiros nos últimos seis meses, porém não se distinguem significativamente dos demais no que se refere à quantidade de relações sexuais mantidas nos últimos trinta dias e ao uso da camisinha. Também não se observou relação significativa entre a percepção acerca do próprio conhecimento sobre AIDS e a conduta sexual.

Esses dados reforçam a concepção de que o conhecimento por si só não pode ser entendido como um bom preditor de comportamentos preventivos (Catania e col., 1990).

Tabela 55. Relação entre o número de parceiros nos últimos seis meses e conhecimentos e opiniões relativas à AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Um parceiro e nenhum %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Conhecimentos sobre AIDS*					
Nove acertos e mais	420	66,7	1,43	1,04 - 1,96	5,33**
Menos de nove acertos	397	74,1			
Percepção acerca dos conhecimentos sobre AIDS					
Conhece muito bem	208	24,1	0,78	0,55 - 1,11	2,06
Conhece bem, mais ou menos, mal ou muito mal	606	71,6			
Opinião acerca das formas de contágio apresentados pela mídia					
Discordam	291	76,3	1,01	0,71-1,43	0,00
Concordam	557	76,1			
Opinião acerca da suficiência das recomendações divulgadas					
Discordam	643	76,0	1,01	0,73-1,46	0,01
Concordam	331	75,8			

* Mensuradas através da quantidade de acertos em relação a 11 questões referentes às formas de contágio pelo HIV.

** p < 0,05

Tabela 56. Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e conhecimentos e opiniões relativas à AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Até três relações sexuais %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Percepção acerca dos conhecimentos sobre AIDS					
Conhece muito bem	208	57,2	0,86	0,62-1,21	0,80
Conhece bem, mais ou menos, mal ou muito mal	606	60,7			
Opinião acerca das formas de contágio divulgados pela mídia					
Discordam	291	66,7	0,86	0,63-1,19	0,90
Concordam	557	69,8			
Concordância com a suficiência das recomen- dações divulgadas					
Discordam	643	66,6	0,83	0,61-1,11	1,71
Concordam	331	70,7			

Tabela 57. Relação entre o uso de camisinha nos últimos três meses e conhecimentos e opiniões relativas à AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Usaram camisinha todas as vezes %	OR	Intervalo de confiança 95%	χ^2
Conhecimentos sobre AIDS*					
Nove acertos ou mais	392	46,4	0,83	0,61 - 1,12	1,61
Menos de nove acertos	361	41,8			
Percepção acerca dos conhecimentos sobre AIDS					
Conhece muito bem	192	45,3	1,06	0,75-1,50	0,13
Conhece bem, mais ou menos, mal ou muito mal	559	43,8			
Opinião acerca das formas de contágio apresentados pela mídia					
Discordam	539	43,6	0,79	0,50-1,26	1,13
Concordam	95	49,5			
Concordância com a suficiência das recomenda- ções divulgadas					
Discordam	467	44,8	0,97	0,70-1,34	0,05
Concordam	250	45,6			

* Mensuradas através da quantidade de acertos em relação a onze questões às formas de contágio pelo HIV.

4.7.4 Relação entre conduta sexual e percepção da gravidade da AIDS

Embora os dados tenham indicado forte associação entre percepção da gravidade da AIDS e percepção de risco pessoal de contrai-la, o fato de admitir sua gravidade não conduz a condutas sexuais preventivas, pois esses estudantes que admitem ser a AIDS uma doença muito grave não se diferenciam dos demais tanto no referente ao uso mais constante do preservativo quanto ao número de parceiros e de relações sexuais (Tabela 58 a 60).

Inferre-se a partir desses dados que a percepção da gravidade da AIDS, a despeito da importância que lhe é conferida pelos modelos preventivos, não significa por si só a garantia de que as pessoas virão adotar as condutas adequadas. Outros componentes subjetivos e psicossociais estariam possivelmente rubricados nesse processo, mostrando a necessidade da realização de outros estudos.

Tabela 58. Relação entre o número de parceiros nos últimos seis meses e percepções acerca da gravidade da AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Percepção da gravidade da AIDS	n	Um parceiro e nenhum %	OR	Intervalo de confiança 95%	χ^2
Muito grave	723	69,4	0,69	0,46-1,18	20,4*
Grave ou mais ou menos grave	94	76,6			
Em relação ao câncer					
Mais grave	322	69,6	0,58	0,42-0,80	12,64*
Tão ou menos grave	700	79,7			
Em relação à lepra					
Mais grave	390	40,7	0,77	0,56-1,05	2,92
Tão ou menos grave	558	78,1			
Em relação à sífilis					
Mais grave	382	68,1	0,84	0,61-1,11	1,18
Tão ou menos grave	388	71,6			
Em relação ao ataque cardíaco					
Mais grave	462	74,6	0,83	0,61-1,14	1,47
Tão ou menos grave	594	77,9			
Em relação à doença mental					
Mais grave	389	75,6	0,90	0,66-1,24	0,42
Tão ou menos grave	553	77,4			

* $p < 0,001$

Tabela 59. Relação entre o número de relações sexuais nos últimos seis meses e percepções acerca da gravidade da AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Percepção da gravidade da AIDS	n	Até três relações sexuais %	OR	Intervalo de confiança 95%	χ^2
Muito grave	723	59,3	0,79	0,49-1,27	1,07
Grave ou mais ou menos grave	94	64,9			
Em relação ao câncer					
Mais grave	322	64,6	0,78	0,58-1,05	2,97
Tão ou menos grave	700	70,0			
Em relação à lepra					
Mais grave	390	63,1	0,70	0,53-0,94	6,23*
Tão ou menos grave	558	70,8			
Em relação à sífilis					
Mais grave	467	65,7	0,86	0,65-1,14	1,17
Tão ou menos grave	500	69,0			
Em relação ao ataque cardíaco					
Mais grave	402	65,7	0,86	0,65-1,14	1,14
Tão ou menos grave	500	69,0			
Em relação à doença mental					
Mais grave	389	67,6	0,95	0,71-1,27	0,13
Tão ou menos grave	553	68,7			

* $p < 0,025$

Tabela 60. Relação entre o uso da camisinha nos últimos três meses e percepção acerca da gravidade da AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Percepção da gravidade da AIDS	n	Usaram camisinha em todas as relações %	OR	Intervalo de confiança 95%	χ^2
Muito grave	666	44,6	1,14	0,70-1,85	0,32
Grave ou mais ou menos grave	87	41,4			
Em relação ao câncer					
Mais grave	254	42,5	0,89	0,65-1,22	0,57
Tão ou menos grave	491	45,4			
Em relação à lepra					
Mais grave	308	46,8	1,18	0,86-1,61	1,12
Tão ou menos grave	393	42,7			
Em relação à sífilis					
Mais grave	357	45,1	1,04	0,76-1,41	0,05
Tão ou menos grave	355	44,2			
Em relação ao ataque cardíaco					
Mais grave	306	42,8	0,88	0,65-1,21	0,67
Tão ou menos grave	423	45,9			
Em relação à doença mental					
Mais grave	291	42,6	0,85	0,62-1,17	1,10
Tão ou menos grave	405	46,6			

4.7.5. Relação entre conduta sexual e percepção da suscetibilidade de grupos em relação à AIDS

Os estudantes que afirmaram ter tido um número menor de parceiros nos últimos seis meses percebem os(as) garotos(as) de programa e os heterossexuais com muitos parceiros mais suscetíveis à AIDS que os outros grupos. Já os estudantes que declararam ter mantido um número maior de relações nos últimos trinta dias percebem os homossexuais com muitos parceiros como o grupo mais suscetível à AIDS.

Nota-se que os estudantes que apresentam menor suscetibilidade à AIDS, em virtude do menor número de parceiros, admitem que o maior risco está não na condição de homossexual, mas no número de parceiros e no comércio sexual. E os estudantes que mantêm maior número de relações sexuais, embora percebam os homossexuais como grupo de maior risco, relacionam esse risco ao maior número de parceiros.

Tabela 61. Relação entre o número de parceiros nos últimos seis meses e percepção da suscetibilidade de grupos em relação à AIDS.

Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Grupos	n	Um único parceiro* %	OR	Intervalo de confiança	χ^2
Homossexuais com parceiro fixo					
Muito alto, alto ou médio	480	70,0	0,98	0,71-1,35	0,02
Baixo ou muito baixo	335	70,4			
Homossexuais com muitos parceiros					
Muito alto	726	70,9	1,28	0,78 - 2,12	1,09
Alto, médio, baixo e muito baixo	87	65,5			
Heterossexuais com parceiro fixo					
Muito alto, alto e médio	282	69,5	0,96	0,69 - 1,33	0,08
Baixo e muito baixo	531	70,4			
Heterossexuais com muitos parceiros					
Muito alto	545	73,4	1,57	1,13 - 2,18	8,10**
Alto, médio, baixo e muito baixo	270	63,7			
Bissexuais					
Muito alto	705	77,3	1,15	0,84 - 1,59	0,85
Alto, médio, baixo e muito baixo	328	74,7			
Prostitutas					
Muito alto	906	77,2	1,34	0,87 - 2,07	1,99
Alto, médio, baixo e muito baixo	130	71,5			
Garotos(as) de programa					
Muito alto	902	77,6	1,53	1,00 - 2,33	4,37*
Alto, médio, baixo e muito baixo	134	69,4			
Usuários de drogas injetáveis					
Muito alto	920	77,1	1,28	0,81 - 2,03	1,24
Alto, médio, baixo e muito baixo	116	72,4			

* p< 0,05

** p< 0,005

Tabela 62. Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e percepção da suscetibilidade de grupos de risco em relação à AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Grupos	n	Até três relações sexuais %	OR	Intervalo de confiança	χ^2
Homossexuais com parceiro fixo					
Muito alto, alto ou médio	480	57,9	0,82	0,61-1,10	1,87
Baixo ou muito baixo	335	62,7			
Homossexuais com muitos parceiros					
Muito alto	726	58,8	0,61	0,36 - 1,02	4,31*
Alto, médio, baixo e muito baixo	87	70,1			
Heterossexuais com parceiro fixo					
Muito alto, alto e médio	282	59,9	1,00	0,74 - 1,36	0,00
Baixo e muito baixo	531	59,9			
Heterossexuais com muitos parceiros					
Muito alto	545	59,3	0,93	0,68 - 1,27	0,26
Alto, médio, baixo e muito baixo	270	61,1			
Bissexuais					
Muito alto	705	67,1	0,83	0,62 - 1,12	1,61
Alto, médio, baixo e muito baixo	328	71,0			
Prostitutas					
Muito alto	906	69,1	1,31	0,87 - 1,96	1,90
Alto, médio, baixo e muito baixo	130	63,1			
Garotos(as) de programa					
Muito alto	902	68,7	1,15	0,77 - 1,72	0,51
Alto, médio, baixo e muito baixo	134	65,7			
Usuários de drogas injetáveis					
Muito alto	920	68,2	0,89	0,57 - 1,39	0,31
Alto, médio, baixo e muito baixo	116	70,7			

* $p < 0,05$

Tabela 63. Relação entre o uso de camisinha nos últimos seis meses e percepção da suscetibilidade de grupos de risco em relação à AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Suscetibilidade	n	Usaram camisinha em todas as relações %	OR	Intervalo de confiança	χ^2
Homossexuais com parceiro fixo					
Muito alto, alto ou médio	488	42,2	0,82	0,60-1,11	1,84
Baixo ou muito baixo	303	47,2			
Homossexuais com muitos parceiros					
Muito alto	671	43,4	0,73	0,44 - 1,20	1,77
Alto, médio, baixo e muito baixo	78	51,3			
Heterossexuais com parceiro fixo					
Muito alto, alto e médio	255	43,9	0,98	0,71-1,34	0,03
Baixo e muito baixo	494	44,5			
Heterossexuais com muitos parceiros					
Muito alto	255	43,9	0,98	0,71 - 1,34	0,03
Alto, médio, baixo e muito baixo	494	44,5			
Bissexuais					
Muito alto	508	45,1	1,10	0,80-1,53	0,46
Alto, médio, baixo e muito baixo	244	42,6			
Prostitutas					
Muito alto	517	43,1	0,88	0,63 - 1,21	0,71
Alto, médio, baixo e muito baixo	237	46,4			
Garotos(as) de programa					
Muito alto	665	44,7	1,10	0,69-1,77	0,19
Alto, médio, baixo e muito baixo	90	42,2			
Usuários de drogas injetáveis					
Muito alto	663	44,3	1,04	0,65 - 1,65	0,02
Alto, médio, baixo e muito baixo	92	43,5			

4.7.6. Relação entre conduta sexual e julgamentos morais

Os estudantes que afirmam ter tido um menor número de parceiros nos últimos seis meses manifestam atitudes mais desfavoráveis tanto em relação aos homossexuais quanto aos profissionais do sexo. Já os que usaram camisinha em todas as relações são os que apresentaram atitudes mais favoráveis aos homossexuais (Tabelas 64 a 66).

Estes dados mostram como varia a percepção de risco pessoal e a conduta sexual preventiva quando são consideradas suas diferentes dimensões.

Tabela 64. Relação entre o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses e julgamentos morais. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Julgamentos	n	Um único parceiro %	OR	Intervalo de confiança 95%	χ^2
Atitude em relação aos profissionais do sexo **					
Mais favorável	654	74,5	0,70	0,49-1,01	3,94*
Menos favorável	273	80,6			
Atitude em relação aos homossexuais ***					
Mais favorável	267	71,9	0,71	0,51-0,99	4,48*
Menos favorável	711	78,3			
Julgamentos da conduta dos pacientes de AIDS					
Muito e um pouco anormal	642	77,7	1,23	0,83-1,81	1,18
Normal	196	74,0			

* $p < 0,05$

** Mensurada a partir da Escala de Atitudes perante os profissionais do sexo (Tabela 19). Atitude mais favorável: concordância com os enunciados 3 e 4; atitude menos favorável: concordância com os enunciados 1 e 2.

*** Mensurada a partir da Escala de Atitudes perante os homossexuais (Tabela 18). Atitude mais favorável: concordância com os enunciados 3 e 4; atitude menos favorável: concordância com os enunciados 1 e 2.

Tabela 65. Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e julgamentos morais. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Julgamentos	n	Até três relações sexuais %	OR	Intervalo de confiança 95%	χ^2
Atitude em relação aos profissionais do sexo *					
Mais favorável	654	66,2	0,80	0,58-1,10	2,07
Menos favorável	273	71,1			
Atitude em relação aos homossexuais **					
Mais favorável	267	63,7	0,79	0,58-01,07	2,57
Menos favorável	711	69,1			
Julgamentos da conduta dos pacientes de AIDS					
Muito e um pouco anormal	642	67,6	1,08	0,76-1,55	0,22
Normal	196	65,8			

** Mensurada a partir da Escala de Atitudes perante os profissionais do sexo (Tabela 19). Atitude mais favorável: concordância com os enunciados 3 e 4; atitude menos favorável: concordância com os enunciados 1 e 2.

*** Mensurada a partir da Escala de Atitudes perante os homossexuais (Tabela 18). Atitude mais favorável: concordância com os enunciados 3 e 4; atitude menos favorável: concordância com os enunciados 1 e 2.

Tabela 66. Relação entre o uso de camisinha nos últimos três meses e julgamentos morais. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Julgamentos	n	Usaram camisinha em todas as relações %	OR	Intervalo de confiança 95%	χ^2
Atitude em relação aos profissionais do sexo **					
Mais favorável	483	46,4	1,42	0,99-2,04	4,10*
Menos favorável	193	37,8			
Atitude em relação aos homossexuais ***					
Mais favorável	194	43,3	1,01	0,71-1,44	0,01
Menos favorável	517	42,9			
Julgamentos da conduta dos pacientes de AIDS					
Muito e um pouco anormal	478	42,5	0,74	0,50-1,09	2,62
Normal	150	50,0			

* $p < 0,05$
** Mensurada a partir da Escala de Atitudes perante os profissionais do sexo (Tabela 19). Atitude mais favorável: concordância com os enunciados 3 e 4; atitude menos favorável: concordância com os enunciados 1 e 2.
*** Mensurada a partir da Escala de Atitudes perante os homossexuais (Tabela 18). Atitude mais favorável: concordância com os enunciados 3 e 4; atitude menos favorável: concordância com os enunciados 1 e 2.

4.7.7. Relação entre conduta sexual e percepção da eficácia da camisinha e da competência para utilizá-la

Não foram verificadas associações muito significativas entre o número de parceiros nos últimos seis meses e as percepções acerca da eficácia da camisinha e competência para usá-la e convencer o parceiro (Tabela 67). Já os estudantes que mantiveram menor número de relações

sexuais nos últimos trinta dias são os que se sentem menos competentes para usar a camisinha (Tabela 68). Os estudantes que usam camisinha nas relações sexuais com mais frequência são os que mais crêem em sua eficácia (OR=1,62) e os que mais se percebem como competentes para utilizá-la (OR= 1,63) e para convencer o parceiro (OR= 1,71) (Tabela 69).

Verificou-se também que tanto os estudantes que declaram ter tido maior número de parceiros quanto os que mantiveram maior número de relações sexuais e os que mais utilizaram a camisinha são os que mais admitem ser menor o prazer com o uso da camisinha. Os valores do OR para essas associações foram: 2,71, 2,26 e 2,71, respectivamente.

Inferese a partir desses dados que o uso mais constante da camisinha pode ser entendido como indicador de conduta sexual preventiva em relação à AIDS. O mesmo, porém, não pode ser dito em relação ao menor número de parceiros e à menor quantidade de relações sexuais. Isso significa que a menor atividade sexual está mais relacionada a fatores outros que não a prevenção; provavelmente à menor oportunidade e, à rejeição à abstinência sexual como fator sócio-cultural.

Também cabe ressaltar que o fato de os estudantes com vida sexual mais intensa perceberem a camisinha como elemento capaz de diminuir o prazer nas relações sexuais deve levar os educadores a conferirem maior atenção a esse aspecto. Sobretudo porque os que mais freqüentemente usam a camisinha são os que mais admitem a diminuição do prazer.

Tabela 67. Relação entre o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses e percepção da eficácia da camisinha e da competência pessoal para usá-la. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Um único parceiro %	OR	Intervalo de confiança 95%	χ^2
Eficácia da camisinha					
Muito segura	210	68,1	1,09	0,76-1,56	0,22
Mais ou menos, pouco ou nada segura	516	66,3			
Competência para usar a camisinha					
Muito confiante	309	58,9	0,75	0,50-1,13	2,05
Mais ou menos, um pouco ou nada confiante	174	65,5			
Competência para convencer o parceiro a usar a camisinha					
Muito confiante	690	76,1	0,97	0,70-1,35	0,03
Mais ou menos, pouco ou nada confiantes	320	76,6			
Opinião acerca do prazer nas relações sexuais com camisinha					
Menor	121	82,6	2,71	1,58-4,68	15,56*
Idêntico	444	63,7			

* p< 0,05

Tabela 68. Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e percepção da eficácia da camisinha e da competência pessoal para utilizá-la. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Até três relações sexuais %	OR	Intervalo de confiança 95%	χ^2
Eficácia da camisinha					
Muito segura	229	58,5	0,96	0,69-1,33	0,08
Mais ou menos, pouco ou nada segura	574	59,6			
Competência para usar a camisinha					
Muito confiante	309	55,3	0,67	0,45-1,00	4,24*
Mais ou menos, um pouco ou nada confiante	174	64,9			
Competência para convencer o parceiro a usar a camisinha					
Muito confiante	690	66,5	0,80	0,59-1,08	2,25
Mais ou menos, pouco ou nada confiantes	320	71,3			
Opinião acerca do prazer nas relações sexuais com camisinha					
Menor	121	71,9	2,26	1,42-3,60	13,65**
Idêntico	444	53,2			

* p< 0,05

**p< 0,005

Tabela 69. Relação entre o uso de camisinha e percepção de sua eficácia e competência pessoal para utilizá-la. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Usaram camisinha em todas as relações %	OR	Intervalo de confiança 95%	χ^2
Eficácia da camisinha					
Muito segura	218	52,8	1,62	1,16-2,27	9,01**
Mais ou menos, pouco ou nada segura	530	40,8			
Competência para usar a camisinha					
Muito confiante	280	52,8	1,63	1,06-2,51	5,64*
Mais ou menos, um pouco ou nada confiante	146	40,8			
Competência para convencer o parceiro a usar a camisinha					
Muito confiante	520	48,3	1,71	1,22-2,41	10,87**
Mais ou menos, pouco ou nada confiante	227	35,2			
Opinião acerca do prazer nas relações sexuais com camisinha					
Menor	122	82,6	2,71	1,58-4,68	15,56**
Idêntico	444	63,7			

* p< 0,05

** p< 0,005

4.7.8. Relação entre conduta sexual e percepção acerca da influência dos pares

Os programas destinados a promover condutas sexuais preventivas costumam adotar prioritariamente a forma de comunicação vertical em que um educador ou agente de saúde pública mediante estratégias e recursos os mais variados procura transmitir os conhecimentos e desenvolver as habilidades necessárias para a adoção daquelas condutas. No entanto, há que se considerar também a importância das comunicações que se processam verticalmente e que envolvem as influências sociais e dos pares. Estas influências atuam dentro de um consenso social sustentado pelo repertório de normas e significações sociais e são capazes de afetar o comportamento independentemente dos conhecimentos e das habilidades (**Svenson & Hanson**, 1996).

Diversos estudos vêm demonstrando a influência dos pares na conduta sexual dos adolescentes (**Kelly et al**, 1990; **Bialan e col**, 1990; **Di Clementi**, 1991, **Metzler e col**, 1994). Também já se constatou a influência dos pares em estudos envolvendo universitários (**Svenson & Hanson**, 1996). Por essa razão é que nesta pesquisa também se procurou verificar em que medida as percepções acerca dos pares relacionam-se à percepção de risco e conduta sexual preventiva dos universitários.

Os estudantes com menor número de parceiros sexuais nos últimos seis meses afirmaram discutir pouco assuntos relacionados à AIDS com seus parceiros (OR= 0,71), não fazer o que sugerem (OR= 0,65) e o que

fazem (OR= 0,71). Também admitem que seus colegas praticam menos o sexo com muitos parceiros (OR= 0,23) e com pessoas que fazem sexo com muitos parceiros (OR= 0,32) e que têm maior competência para usar a camisinha (OR= 3,08). Contudo, são os que percebem como mais elevado o risco dos parceiros virem a contrair a AIDS (Tabela 70).

Os estudantes que mantiveram um menor número de relações nos últimos trinta dias são os que mais afirmam não fazerem o que seus colegas fazem (OR= 0,74) e que o risco a que estão expostos em relação à AIDS é maior (OR= 0,70). Também são os que menos admitem que seus colegas mantenham relações sexuais sem camisinha (OR= 0,60) (Tabela 71).

Os estudantes que declararam ter usado camisinha em todas as relações nos últimos trinta dias admitem com maior frequência que seus colegas nunca a usem (OR= 0,33), mas são também os que mais admitem sua competência para convencer o parceiro a usá-la (OR= 2,16) (Tabela 72).

É expressivo o número de associações entre conduta sexual e as variáveis relativas à percepção acerca dos pares. Já fora constatado que os estudantes que se percebem com maior suscetibilidade de contrair AIDS são sujeitos a maior risco e que mais os percebem como praticantes de comportamentos de risco. Embora os dados obtidos não permitam o estabelecimento de relações causais entre as variáveis, são evidentes as relações entre a percepção de risco e a conduta sexual preventiva dos estudantes e a influência de seus pares.

Dentre todos os resultados obtidos, cabe assinalar que os estudantes com maior número de parceiros são os que tendem mais a fazer o que seus colegas fazem ou sugerem. Como elevado número de parceiros

pode ser entendido como situação de risco, que pode ter sido influenciada pelos colegas, parece razoável admitir que intervenções a partir dos próprios pares podem ser bastante úteis para auxiliar os estudantes universitários a adotar em condutas preventivas.

Tabela 70. Relação entre o número de parceiros nos últimos seis meses e percepções acerca dos pares. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Percepções acerca dos pares	n	Um parceiro e nenhum %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2 continua
<i>Sobre a influência dos pares</i>					
Ouvem o que dizem					
Sempre	598	77,6	1,19	0,87-1,62	1,26
Às vezes e nunca	384	74,5			
Respeitam suas opiniões					
Sempre	723	77,5	1,29	0,92-1,81	2,47
Às vezes e nunca	267	72,7			
Discutem o assunto					
Sempre	673	74,1	0,71	0,51-0,99	4,42*
Às vezes e nunca	328	80,2			
Fazem o que sugerem					
Sempre e às vezes	786	74,7	0,65	0,42 - 1,01	4,19*
Nunca	182	81,9			
Fazem o que fazem					
Sempre e às vezes	528	73,1	0,71	0,52-0,97	5,07**
Nunca	440	79,3			
Risco de contrair AIDS					
Muito alto, alto e médio	428	72,2	0,67	0,49-0,90	7,56***
Baixo, muito baixo e nenhum	602	79,6			
<i>Sobre a conduta sexual dos pares</i>					
Sexo sem camisinha					
Sempre e às vezes	482	65,6	0,92	0,61-1,39	0,16
Nunca	153	67,3			

Percepções acerca dos pares	n	Um parceiro e nenhum %	OR	Intervalo de confiança (95%)	conclusão χ^2
Sexo com muitos parceiros					
Sempre e às vezes	271	48,3	0,23	0,16-0,33	70,31****
Nunca	344	80,5			
Sexo com pessoas com muitos parceiros					
Sempre e às vezes	196	54,1	0,32	0,21-0,49	33,61****
Nunca	308	78,6			
Uso de drogas injetáveis					
Sim	17	76,5	1,52	0,45-5,67	0,54
Não	328	80,2			
Competência dos pares para usar a camisinha					
Sim	565	67,3	3,08	1,14-8,48	6,43**
Não	20	40,0			
Competência dos pares para convencer o parceiro a usar camisinha					
Sim	467	67,5	1,17	0,60-2,30	0,25
Não	47	63,8			

* p < 0,05
** p < 0,025
*** p < 0,01
**** p < 0,001

Tabela 71. Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e percepções acerca dos pares. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Percepções acerca dos pares	n	Até três relações sexuais %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2 continua
<i>Sobre a influência dos pares</i>					
Ouvem o que dizem					
Sempre	598	69,2	1,13	0,84-1,50	0,71
Às vezes e nunca	384	66,7			
Respeitam suas opiniões					
Sempre	723	73,2	1,02	0,74-1,40	0,02
Às vezes e nunca	267	72,7			
Discutem o assunto					
Sempre	673	67,0	0,87	0,64-1,17	0,98
Às vezes e nunca	328	70,1			
Fazem o que sugerem					
Sempre	786	74,7	0,86	0,59 - 1,24	0,75
Às vezes e nunca	182	70,9			
Fazem o que fazem					
Sempre e às vezes	528	65,3	0,74	0,56-0,99	4,65*
Nunca	440	71,8			
Risco de contrair AIDS					
Muito alto, alto e médio	428	63,8	0,70	0,53-0,92	7,05**
Baixo, muito baixo e nenhum	602	71,6			
<i>Sobre a conduta sexual dos pares</i>					
Sexo sem camisinha					
Sempre e às vezes	522	54,5	0,60	0,41-0,86	7,74
Nunca	168	66,7			

Percepções acerca dos pares	n	Até três relações sexuais %	OR	Intervalo de confiança (95%)	conclusão χ^2
Sexo com muitos parceiros					
Sempre e às vezes	304	54,3	0,77	0,56-1,07	2,68
Nunca	370	60,5			
Sexo com pessoas com muitos parceiros					
Sempre e às vezes	221	59,7	1,02	0,71-1,47	0,01
Nunca	329	59,3			
Uso de drogas injetáveis					
Sim	18	50,0	0,69	0,245-1,92	0,63
Não	671	59,3			
Competência dos pares para usar a camisinha					
Sim	607	57,7	0,56	0,21-1,47	1,65
Não	24	70,8			
Competência dos pares para convencer o parceiro a usar camisinha					
Sim	511	58,9	1,23	0,66-2,27	0,50
Não	52	53,8			

* p < 0,05

** p < 0,01

Tabela 72. Relação entre o uso da camisinha nos últimos trinta dias e percepções acerca dos pares. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Percepções acerca dos pares	n	Usaram camisinha em todas as relações %	OR	Intervalo de confiança (95%)	<i>continua</i> χ^2
<i>Sobre a influência dos pares</i>					
Ouvem o que dizem					
Sempre	437	44,6	1,00	0,73-1,37	0,00
Às vezes e nunca	280	44,6			
Respeitam suas opiniões					
Sempre	522	44,3	0,92	0,65-1,30	0,24
Às vezes e nunca	201	46,3			
Discutem o assunto					
Sempre	510	46,7	1,32	0,94-1,85	2,93
Às vezes e nunca	221	39,8			
Fazem o que sugerem					
Sempre e às vezes	590	45,9	1,27	0,83-1,94	1,31
Nunca	117	40,2			
Fazem o que fazem					
Sempre e às vezes	402	46,0	1,11	0,81-1,52	0,47
Nunca	304	43,4			
Risco de contrair AIDS					
Muito alto, alto e médio	331	42,9	0,90	0,66-1,21	0,55
Baixo, muito baixo e nenhum	421	45,6			
<i>Sobre a conduta sexual dos pares</i>					
Sexo sem camisinha					
Sempre e às vezes	495	37,8	0,33	0,22-0,49	35,55...
Nunca	159	64,8			

Percepções acerca dos pares	n	Usaram camisinha em todas as relações %	OR	Intervalo de confiança (95%)	conclusão χ^2
Sexo com muitos parceiros					
Sempre e às vezes	284	45,1	1,09	0,78-1,52	0,28
Nunca	349	43,0			
Sexo com pessoas com muitos parceiros					
Sempre e às vezes	207	48,8	1,48	1,02-2,15	4,64*
Nunca	311	39,2			
Uso de drogas injetáveis					
Sim	12	41,7	0,93	0,25-3,34	0,02
Não	464	43,5			
Competência dos pares para usar a camisinha					
Sim	577	44,2	1,70	0,63-4,71	1,32
Não	22	31,8			
Competência dos pares para convencer o parceiro a usar camisinha					
Sim	486	47,1	2,16	1,08-4,38	5,68**
Não	48	29,2			

* p < 0,05

** p < 0,025

*** p < 0,001

4.7.9. Relação entre conduta sexual e opiniões acerca da Igreja Católica

Os estudantes que mais concordam com a competência da Igreja Católica para conversar com seus fiéis acerca do uso da camisinha são os que a usam com menos frequência e que tiveram menor número de parceiros. No entanto, os estudantes que declararam ter mantido menor

número de relações sexuais são os que menos concordam que a Igreja Católica tenha competência para falar sobre a camisinha e que seja capaz de influenciar no seu uso.

Esses dados indicam como a percepção acerca da atuação da Igreja em relação ao uso da camisinha mostra-se bastante contraditória quando são consideradas as condutas dos jovens.

Tabela 73. Relação entre o número de parceiros nos últimos seis meses e opiniões acerca da Igreja Católica. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Opinião sobre a Igreja Católica	n	Um parceiro e nenhum %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Competência para conversar sobre o uso da camisinha					
Sim	563	71,9	1,45	0,96-2,18	3,56
Não	144	63,9			
Influência sobre o uso da camisinha					
Influi muito e mais ou menos	597	76,5	0,96	0,69-1,34	0,05
Influi pouco e nada influi	351	77,2			

Tabela 74. Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e opiniões acerca da Igreja Católica. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Opiniões sobre a Igreja Católica	n	Até três relações sexuais %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Competência para conversar sobre o uso da camisinha					
Sim	563	57,0	0,68	0,46-1,02	3,80
Não	144	66,0			
Influência sobre o uso da camisinha					
Influi muito e mais ou menos	597	62,8	0,51	0,37-0,69	20,23*
Influi pouco e nada influi	351	76,9			

* p < 0,001

Tabela 75. Relação entre o uso de camisinha nos últimos três meses e opiniões acerca da Igreja Católica. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Opiniões sobre a Igreja Católica	n	Usaram camisinha todas as vezes %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Competência para conversar sobre o uso da camisinha					
Sim	527	41,7	0,58	0,38-0,87	7,86*
Não	128	55,5			
Influência sobre o uso da camisinha					
Influi muito e mais ou menos	455	42,0	0,74	0,53-1,03	3,47
Influi pouco e nada influi	239	49,0			

* p < 0,01

4.8 RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS REFERENTES À CONDUTA SEXUAL

Como a variável dependente conduta sexual preventiva foi definida a partir de três dimensões distintas tornou-se possível relacioná-las entre si. Como a variável parceria sexual fixa refere-se também à conduta sexual preventiva, optou-se por analisar suas relações com as dimensões da variável dependente. Da mesma forma são relacionadas também as

dimensões da variável dependente com a mudança de conduta em decorrência da AIDS (Tabelas 76 a 80).

Os estudantes que declaram ter tido no máximo um único parceiro sexual nos últimos seis meses, em sua maioria (77%) afirmam ter parceria sexual fixa e muita certeza de sua fidelidade (82,7%) (Tabela 76).

Verifica-se que os estudantes com menor número de parceiros, a despeito de terem indicado maior mudança em relação ao uso da camisinha (OR - 0,49), são os que a usam com menor frequência (OR= 0,67). Isso se deve ao fato de que muitos estudantes, por terem parceiros fixos, podem se julgar invulneráveis a AIDS ou, então, por terem dificuldade em propor o uso da camisinha ao seu parceiro. Trata-se de uma situação realmente difícil, pois uma proposta dessa natureza pode ser entendida como desconfiança em relação a fidelidade do parceiro (Tabela 76 e 77).

Verifica-se, também, que esses estudantes com menor número de parceiros são os que indicam menos mudanças no referente ao número de relações sexuais (OR= 0,60) (Tabela 77).

Os estudantes que mantiveram menor número de relações sexuais nos últimos trinta dias são os que mais afirmam não dispor de parceiro sexual fixo (OR= 0,13). Mas são também os que afirmam usar camisinha com maior frequência (OR= 3,41) e os que indicam mais mudanças tanto em relação ao número de relações sexuais (OR= 1,76) quanto ao uso da camisinha (OR= 1,76) (Tabela 78).

Tabela 76. Relação entre o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses e conduta sexual. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Um parceiro ou nenhum %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Parceria sexual fixa					
Sim	556	77,0	2,73	1,94-3,83	38,15***
Não	236	55,1			
Número de relações sexuais nos últimos trinta dias					
Até três	490	71,8	1,21	0,88-1,66	1,46
Mais de três	327	67,9			
Uso de camisinha nas relações sexuais nos últimos três meses					
Todas as vezes	333	63,1	0,67	0,49-0,93	6,30 *
Outras maneiras	420	71,7			
Percepção acerca da fidelidade do parceiro sexual					
Muita certeza	423	82,7	3,68	2,25-6,00	33,21***
Não muita certeza e certeza alguma	106	56,6			

* $p < 0,025$

** $p < 0,010$

*** $p < 0,001$

Tabela 77. Relação entre o número de parceiros sexuais nos últimos seis meses e mudança de conduta em relação à AIDS. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Mudança de conduta	n	Número de parceiro s %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
Quanto ao número de parceiros					
Mudaram muito	306	69,9	1,17	0,85-1,63	1,17
Mudaram um pouco ou não mudaram	236	55,1			
Quanto ao número de relações sexuais					
Mudaram muito ou um pouco	263	60,8	0,60	0,43-0,84	9,82**
Não mudaram	486	72,6			
Quanto ao uso de camisinha					
Mudaram muito	462	53,9	0,49	0,35-0,69	18,58**
Mudaram um pouco ou não mudaram	313	46,1			
Quanto à escolha do parceiro sexual					
Mudaram muito	499	65,8	0,99	0,70-1,39	0,01
Mudaram um pouco ou não mudaram	258	34,2			

* p < 0,025

** p < 0,010

Tabela 78. Relação entre o número de relações sexuais nos últimos trinta dias e conduta sexual. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Até três relações sexuais* %	OR	Intervalo de confiança (95%)	continua χ^2
Parceria sexual fixa					
Sim	556	46,8	0,13	0,08-0,20	112,35 [*]
Não	236	87,3			
Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses	574	61,3	1,21	0,88-1,66	1,46
	243	56,8			
Uso de camisinha nas relações sexuais nos últimos três meses					
Todas as vezes	333	72,7	3,41	2,47-4,72	62,98 [*]
Outras respostas	420	43,8			
Percepção acerca da fidelidade do parceiro sexual					
Muita certeza	423	44,9	0,99	0,63-1,55	0,00
Nunca	159	64,8			
<i>Mudança de conduta</i>					
Quanto ao número de parceiros					
Mudaram muito	306	54,9	0,82	0,60-1,12	1,74
Mudaram um pouco ou não mudaram	447	59,7			
Quanto ao número de relações					
Mudaram muito ou um pouco	263	66,5	1,76	1,27-2,44	12,66 [*]
Não mudaram	486	53,1			

Percepções acerca dos pares	n	Até três relações sexuais* %	OR	Intervalo de confiança (95%)	conclusão χ^2
<i>Mudança de conduta</i>					
Quanto ao uso da camisinha					
Mudaram muito	452	63,5	1,76	1,26-2,32	12,88*
Mudaram um pouco ou não mudaram	313	50,5			
Quanto à escolha do parceiro					
Mudaram muito	499	57,3	0,92	0,67-1,27	0,28
Mudaram um pouco ou não mudaram	258	59,3			

* p < 0,01

Tabela 79. Relação entre o uso de camisinha nos últimos três meses e a conduta sexual. Estudantes universitários da Grande São Paulo, 1996.

Variáveis	n	Uso mais constante de camisinha* %	OR	Intervalo de confiança (95%)	χ^2
continua					
Parceria sexual fixa					
Sim	539	34,7	0,23	0,16-0,34	71,10*
Não	197	69,5			
Número de parceiros sexuais nos últimos seis meses	511	41,1	0,67	0,49-0,93	6,30*
	242	50,8			
Número de relações sexuais nos últimos trinta dias					
Até três	426	72,7	3,41	2,47-4,72	62,98**
Mais de três	327	43,8			
Percepção acerca da fidelidade do parceiro sexual					
Muita certeza	414	31,4	0,59	0,37-0,94	5,56*
Nunca	159	64,8			
<i>Mudança de conduta por causa da AIDS</i>					
Quanto ao número de parceiros					
Mudaram muito	291	41,6	0,87	0,63-1,19	0,84
Mudaram um pouco ou não mudaram	443	45,0			
Quanto ao número de relações					
Mudaram muito ou um pouco	243	48,6	1,38	0,99-1,91	4,08
Não mudaram	477	40,7			

Variáveis	n	Uso mais constante de camisinha* %	OR	Intervalo de confiança (95%)	conclusão χ^2
<i>Mudança de conduta por causa da AIDS</i>					
Quanto ao uso da camisinha					
Mudaram muito	429	53,6	2,59	1,88-3,59	37,56**
Mudaram um pouco ou não mudaram	305	30,8			
Quanto à escolha do parceiro					
Mudaram muito	477	42,3	0,90	0,65-1,24	0,46
Mudaram um pouco ou não mudaram	249	45,0			

* p < 0,05

** p < 0,01

5. CONCLUSÕES

1. Os estudantes admitiram ser pequeno o risco de virem a contrair AIDS.
2. Os estudantes acreditam estar bem informados acerca da AIDS. No entanto, consideram que o número de casos divulgados pela mídia é inferior ao real e que as recomendações que vêm sendo feitas são insuficientes.
3. A AIDS é percebida como doença muito grave pelos estudantes; mais grave que o câncer, a hanseníase, a sífilis, a doença mental e o ataque cardíaco.
4. Foram considerados muito suscetíveis à AIDS, em ordem decrescente, os homossexuais com muitos parceiros, os usuários de drogas injetáveis, as prostitutas, os homossexuais, os(as) garotos(as) de programa, os bissexuais e os heterossexuais com muitos parceiros. As moças consideraram esses grupos mais suscetíveis à AIDS do que os rapazes.
5. Os estudantes admitiram que a conduta das pessoas que contraíram AIDS afastam-se dos parâmetros da normalidade e que o aparecimento dessa doença está relacionado à liberdade sexual.
6. Os estudantes apresentaram conhecimentos corretos acerca das principais formas de transmissão do HIV. O nível de conhecimentos, no entanto, mostrou-se insatisfatório em relação à possibilidade de transmissão da mãe para o filho, pela amamentação, ou por doação de sangue.

7. A maioria dos estudantes declarou não ter tido convivência com pessoas que contraíram o HIV ou que vieram a morrer em decorrência da AIDS.
8. Os estudantes mostraram-se bastante confiantes em relação à sua habilidade para usar a camisinha e para convencer o parceiro sexual a usá-la.
9. A credibilidade da camisinha alcança níveis regulares para a maioria dos estudantes.
10. Embora não sendo extremados, os estudantes manifestaram opiniões desfavoráveis tanto em relação aos homossexuais quanto aos profissionais do sexo.
11. Os estudantes admitiram que a percepção de risco em relação aos colegas poderem contrair AIDS é baixa, aproximando-se da percepção de risco pessoal. Segundo sua opinião, a maioria deles sabe usar a camisinha e tem habilidade para convencer o parceiro a usá-la. A maioria dos rapazes, no entanto, admite que seus colegas mantém relações sexuais sem camisinha e com muitos parceiros.
12. Os estudantes informaram ser bastante influenciados pelos colegas em relação à prevenção da AIDS.
13. A Igreja Católica, na opinião dos estudantes, influencia muito em relação ao uso da camisinha e compete-lhe conversar com os fiéis a esse respeito.

14. A grande maioria dos estudantes afirmou dispor de parceiro sexual fixo, em quem confiam, sendo mais freqüente a condição de namorado.
15. Menos de metade dos estudantes afirmaram ter usado camisinha nas relações sexuais mantidas nos últimos trinta dias, sendo essa proporção bem menor em relação às moças.
16. A maioria dos estudantes declarou sentir-se à vontade conversando sobre AIDS, embora raramente falem sobre a realização de testes.
17. Observou-se acentuada relação positiva entre a percepção de risco pessoal e o número de parceiros. Foi também constatada a existência de relações entre percepção de risco e freqüência de relações sexuais e uso da camisinha.
18. Não foram verificadas relações significativas entre conhecimentos sobre AIDS e percepção de risco pessoal de contrai-la, porém os estudantes que admitiram conhecer menos a respeito são os que se percebem mais suscetíveis à AIDS. Estes, por sua vez, são os que mais concordam com a afirmação de que é possível contrair AIDS de outras maneiras além das divulgadas.
19. Os estudantes que apresentaram percepção mais acentuada da gravidade da AIDS são os que mais se sentem suscetíveis à doença.

20. Os estudantes que manifestaram percepção de risco mais acentuada em relação à AIDS são os que apresentaram atitudes mais favoráveis aos homossexuais e os que avaliaram menos negativamente a conduta sexual dos pacientes de AIDS.
21. Os estudantes que se julgaram mais suscetíveis à AIDS são os que demonstraram menor confiança na eficácia da camisinha para sua prevenção e estes, por sua vez, são os que a usam com maior frequência.
22. Os estudantes que se declararam como mais suscetíveis à AIDS são também os que admitiram que seus pares estão sujeitos a maior risco. Esses estudantes também são os que percebem seus pares como praticantes de comportamentos de risco.
23. O fato de admitir a gravidade da AIDS parece não conduzir a condutas sexuais preventivas pelos estudantes, pois aqueles que admitem ser a AIDS uma doença muito grave não se diferenciam dos demais, tanto no referente ao uso da camisinha, quanto ao número de parceiros e de relações sexuais.
24. Os estudantes cuja conduta sexual denota maior risco são os que manifestaram maior tendência à crença de que a AIDS constitui uma doença relacionada ao homossexualismo.

25. A aceitação de que a camisinha reduz o prazer nas relações sexuais está relacionada à frequência com que a usam e com a frequência do relacionamento sexual.
26. Os estudantes que afirmaram ter tido menor número de relações sexuais nos últimos 30 dias são os que menos dispõem de parceria sexual fixa. São também os que indicaram uso menos freqüente da camisinha e maiores mudanças tanto em relação ao número de relações sexuais quanto ao uso da camisinha.

6. SUGESTÕES

Em face dos resultados deste estudo, sugere-se:

1. Os programas educativos dirigidos a estudantes universitários devem enfatizar a possibilidade de contrair HIV, mesmo quando se mantém fidelidade ao parceiro sexual.
2. Esses programas devem ter objetivos predominantemente afetivos, ou seja, voltados ao desenvolvimento de atitudes favoráveis à prática do sexo seguro. Seus conteúdos devem enfatizar os comportamentos e situações de risco, bem como as formas de prevenção. As estratégias de ensino, por sua vez, deverão ser variadas, privilegiando-se aquelas que possibilitem maior aproximação da realidade, como a simulação e a dramatização.
3. Para o desenvolvimento da competência pessoal para usar o preservativo e convencer o parceiro a usá-lo, deverão ser utilizadas estratégias que possibilitem a aproximação à realidade concreta dos estudantes, tais como a demonstração e a dramatização.
4. As ações educativas devem ser desenvolvidas com flexibilidade e em ambiente informal.
5. Os membros dos grupos de pares, devidamente treinados, devem participar tanto do planejamento quanto da execução dos programas de prevenção da AIDS.

6. Deverão ser realizadas pesquisas com a finalidade de conhecer percepções e conduta sexual relacionadas à AIDS envolvendo os mais diversos segmentos sociais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMSON, P. R & HARDT, G. The assessment of sexual practices relevant to the transmission of AIDS: a global perspective. **Journal of Sex Research**, **27**: 215-32, 1990.
- AJZEN, I. & FISHBEIN, M. **Understanding, attitudes, and predicting social behavior**. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1980.
- AJZEN, I. **Attitudes, personality and behavior**. Chicago, Dorsey Press, 1991.
- ALLARD, R. Beliefs about AIDS as determinants of preventive practices and of support for coercive measures. **American Journal of Public Health**, **79** (4): 448-52, 1989.
- AMATO NETO, V. **Crônicas do tempo de uma peste: a AIDS**. São Paulo, Roca, 1989.
- AMATO NETO, V. & PASTERNAK, J. **AIDS: amores, transtornos e desgraças**: inclui informações tecno-científicas. São Paulo, Pioneira, 1994.
- ANDERSON, J.E.; KANN, I.; HOLTZMAN, D.; ARDAY, S. TRUMAN, B.; KOLBE, L. HIV knowledge and sexual behavior among high-school students. **Family Planning Perspectives**, **22** (6): 252-60, 1990.
- ANDERSON, R.; UNDERHILL, G.; KENNY, C.; SHAH, N.; BURNEL, R.; JEFFRIES, D.J.; HARRIS, J.R.W. AIDS publicity campaigns. **The Lancet**, **1**: 1429-30, 1987.

- ANDRADE, S.M.O. Opinião sobre AIDS e possíveis mudanças de comportamento de heterossexuais masculinos. **Cadernos Saúde Pública**, **7** (1): 176-82, 1992.
- BAJOS, N.; DUCOT, B.; SPENCER, B.; SPIRA, A.; ACSF GROUP. Sexual risk taking sexual biographies and sexual interaction: elements of the french national survey on sexual behavior. **Social Science and Medicine**, **44** (1): 25-40, 1997.
- BANDURA, A. Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. **Evaluation and program planning**, **13**: 9-17, 1990.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward an unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, **84** (2): 191-205, 1977.
- BASEN-ENGQUIST, K. & PARCEL, G.S. Attitudes, norm and self-efficacy: a model adolescent's HIV-related behavior. **Health Education Quarterly**, **19** (2): 263-77, 1992.
- BECKER, M. H & JOSEPH, J.G. AIDS and behavioral change to reduce risk: a review. **American Journal of Public Health**, **78**: 394-410, 1988.
- BECKER, M.H. & JANS, N.K. On the effectiveness and utility of health hazard/health risk appraisal in clinical and nonclinical settings. **Health Services Research**, **22**: 537-51, 1987.
- BERQUÓ, E. & SOUZA, M.R. Homens adultos: conhecimento e uso do condom. In: Loyola, M.A. **AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, UERJ, 1994.

- BIGLAN, A., METZLER, C. WIRT, R., ARY, D., NOELL, J., OCHS, L. FRENCH, C., HOUD, D. Social and behavioral factors associated with high-risk sexual behavior among adolescents. **Journal of Behavioral Medicine**, **13** (3): 245-61, 1990.
- BIRMAN, J. A sexualidade entre o mal e as maledicências. In: LOYOLA, M.A. (org.) **AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, UERJ, 1994.
- BLOOM, B.S.; ENGELHART, M.D.; FURST, E.J.; HILL, W.H.; KRATHWOHL, D.R. **Taxionomia de objetivos educacionais**. Porto Alegre, Globo, 1983.
- BROWN, L.K.; BARONE, V.J.; FRITZ, G.K.; CEBOLLERO, P.; MASSAU, J.H. AIDS education: The Rhode Island experience. **Health Education Quarterly**, **18** (2): 195-206, 1991.
- BROWN, L.K; DiCLEMENTE; R.J.& BEAUSOLEIL, N.I. Comparison of human imunodeficient virus related knowledge, attitudes, intentions and behaviors among adolescents sexually active and abstinent young adolescents. **Journal of Adolescent Health**, **13** (2): 140-5, 1992.
- BURTON, S.W. et al. AIDS information. **The Lancet**, **2**:1040-1, 1986.
- CALSYN, D.A. Ineffectiveness of AIDS education and HIV antibody testing in reducing high-risk behaviors among intention drug users. **American Journal Public of Health**, **82** (4): 573-5, 1992.
- CAMARGO, A.L.C. AIDS e direito penal: aspectos gerais. **Revista USP: Dossiê AIDS**, **33**: 56-65, 1997.

- CARBALLO, M, CLELAND, J, CARAEL, M, ALBRECHT, G. A Cross national study of patterns of sexual behavior. **Journal of sex research**, **26**: 287-99, 1989.
- CARMEL, S. The health belief model in the research of AIDS-related preventive behavior. **Public Health Review**, **18**: 73-85.1990.
- CASTILHO, E.A. AIDS (1981-87): o rastro da tormenta. **Revista USP**: Dossiê AIDS **33**: 6-19, 1997.
- CATANIA, J. A.; DOLCINI, M.; COATES, T.J.; KEGELES, S.M.; GREENBLATT, R.; PUCKETT, S.; CORMAN, M. & MILLER, J. Predictors of condom use an multiple partnered sex among sexually-active adolescent woman implications for AIDS-related health interventions. **Journal of Sexual Research**, **26**: 514-24, 1989.
- CATANIA, J.A; GIBSON, D.R.; CHITWOOD, D.D. & COATES, T.J. Methodological problems in AIDS behavioral research: influences on measurement error and participation bias in studes of sexual behavior. **Psychological Bulletin**, **108**: 339-62, 1990.
- CATANIA, J.A.; GIBSON, D.; DOLCINI, M., STALL, R.; KYUANG-HEE, C.; DOLLACK, L.M.; HUDES, E.S.; CANCHOLA, J.; PHILLIPS, K.; MOSKOWITZ, J.T.; COATES, T.J. Risk factors for HIV and other sexually transmited diseases and prevention practices among heterossexual adults: changes from 1990 to 1992. **American Journal of Public Health**, **85** (11): 1492-99, 1995.
- CATANIA, J.A.; KEGELES, S.M. & COATES, T.J. Towards an understanding of risk behavior: an ADS risk reduction model (ARRM). **Health Education Quarterly**, **17** (1): 53-72, 1990.

- CHEQUER, P., MARIN, B.O., PAIVA, L.; HUDES, E.S.; PIAZZA, T. RODRIGUES, L.; HEARST, N. AIDS and condoms in Brasilia: a telephone survey. **AIDS: Education and Prevention**, 9 (5): 472-484, 1997.
- CHITWOOD, D.D. & COMERFORD, M. Drugs, sex and AIDS risk. **American Behavioral Scientist**, 33: 465-77, 1990.
- COCHRAN, S.; KEIDAN, J. & KALENCHSTEIN, A. Sexually transmitted diseases and acquired immunodeficiency syndrom (AIDS): Changes in risk reduction behaviors among young adults. **Sexual Transmitted Diseases**, 17 (2): 80-6, 1990.
- COLEMAN, L. M. & FORD, N. J. An extensive literature review of the evaluation of HIV prevention programmes. **Health Education Research**, 11 (3): 327-38, 1996.
- COMISSÃO SOCIAL DO EPISCOPADO FRANCÊS. **AIDS: a sociedade em questão**. Petrópolis, Vozes, 1996.
- CORDEIRO, R.G.F. Conhecimentos e opiniões sobre a AIDS de estudantes do primeiro ano das faculdades de Farmácia-Bioquímica do Estado do Paraná. São Paulo, 1991. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
- CORDEIRO, R.G.F. Conhecimentos, crenças, opiniões e condutas em relação à AIDS entre estudantes de segundo grau. São Paulo, 1993. [Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

- CORDEIRO, R.G.F. & TEMPORINI, E.R. Uso de preservativo para prevenção da AIDS: opinião e conduta de estudantes do 2º grau. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, **9** (3): 29-34, 1997.
- CORDEIRO, R.G.F.; NITRINI, S.M.O.O.; TEMPORINI, E.R. Conhecimento sobre a AIDS entre estudantes de primeiro ano de cursos de Farmácia-Bioquímica no Paraná, Brasil, 1990. **Semina: Ci Biológicas Saúde**, **17** (2): 197-205, 1996.
- DANIEL, H. & PARKER, R. **AIDS, a terceira epidemia**. São Paulo, Iglu, 1991.
- DAVIS, J.A. **Elementary survey analysis**. New Jersey, Prentice-Hall, 1971.
- DE WIT, R.; VICTOIR, A.; VAN DER BERGH, O. "My mind's made up by the way that I feel": affect, cognition and intention in the structure of attitudes toward condom use. **Health Education Research**, **12** (1): 15-24, 1977.
- DICLEMENTE, R.J. Predictors of HIV-preventive sexual behavior in a high-risk adolescent population: the influence of perceived peers norms and sexual communication on incarcerated adolescents use of condoms. **Journal of Adolescent Health**, **12** (5): 385-90, 1991.
- DICLEMENTE, R.J.; BOYER, C.; MILLS, S. Prevention of AIDS among adolescents: strategies for the development of risk-reduction health education program. **Health Education Research**, **2**: 287-91, 1987.

- DICLEMENTE, R.J.; BROWN, L.K.; BEAUSOLIEL, N.I.; LODIKO, M.
Comparison of AIDS knowledge and AIDS-related sexual risk behaviors among adolescents in low and high AIDS prevalence communities. **Journal of Adolescent Health**, **14** (3): 231-6, 1993.
- DILORENZO, T. A.; ABRAMO, D.M.; HEIN, K.; CLARE, G.S.; DELL, R.; SHAFFER, N. The evaluation of targeted outreach in an adolescent HIV/ AIDS program. **Journal of Adolescent Health**, **14** (4): 301-6, 1993.
- DOLCINI, M.M.; CATANIA, J.A.; CHOI, K. Cognitive and emotional assessments of perceived risk for HIV among unmarried heterosexuals. **AIDS Education and Prevention**, **8** (4): 285-306, 1996.
- DONALD, M.; LUCKE, J.; DUNNE, M.; O'TOOLE, B.; RAPHAEL, B. Determinants of condom use by australian secondary school students. **Journal of Adolescent Health**, **15**: 503-10, 1994.
- DUBOIS-ARCHER, F.; JEANNINI, A.; KONINGS, E.; PACCAUD, F. Increased condom use without major changes in sexual behavior among the general population in Switzerland. **American Journal of Public Health**, **87** (4): 558-66, 1997.
- DUPRAS, A.; LEVY, J.; SAMSON, J.M., TESSIER, D. Homophobia and attitudes about AIDS. **Psychological Reports**, **63**: 236-8, 1989.
- DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo, Abril, 1973. (Coleção Os Pensadores, v. 33)

- EDGAR, T.; FREIMUTH, V.; HAMMOND, S.L. Communicating the AIDS risk to college students: the problem of motivating change. **Health Educational Review**, 3: 59-65, 1988.
- EMMONS, C.A., JILL, G.J., KESSLER, R.C.; WORTMAN, C.B., MONTGOMERY, S.B.; OSTROW, D.G. Psychosocial predictors of reported behavior change in homosexual men at risk of AIDS. **Health Education Quarterly**, 13 (4): 331-45, 1986.
- FERNANDES, J.C.L.; COUTINHO, E.S.F.; MATIDA, A. Conhecimentos e atitudes relativas à SIDA/AIDS em uma favela do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Pública**, 8 (2): 176-82, 1992.
- FERNANDES, O.; RIBAS L. A epidemia clandestina: AIDS e usuários de drogas endovenosas em São Paulo. São Paulo, 1993. [Dissertação de Mestrado. Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- FINEBERG, H.V. Education to prevent AIDS: prospects and obstacles. **Science**, 239: 592-6, 1988.
- FISHBEIN, M. & AJZEN, I. **Belief attitudes, intentions and behaviour: an introduction to theory and research**. Addison, Wesley, 1975
- FISHER, J. & FISHER, W. Changing AIDS-risk behavior. **Psychological Bulletin**, 11: 455-474, 1992.
- FISHER, J.D. Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS prevention. **American Psychologist**, 43: 914-20, 1988.
- FISHER, L.D. & VANBELLE, G. **Bioestatistics: a methodology for the health sciences**. New York, John Wiley & Sons, 1993.

- FISHER, V.A. Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS prevention. **American Psychologist**, **43**: 914-20, 1988.
- GIR, E.; MURAKAWA, T.& FIGUEIREDO, M.A.C. **Práticas sexuais e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana**. Goiânia: AB, 1994.
- GOODWIN, M.P. & ROSCOE, B. Student's knowledge and attitudes at Midwestern University. **College Health**, **36**: 214-22, 1988.
- GOULD, P. **The slow plague: a geography of AIDS pandemic**. Oxford/Cambridge, Blackwell, 1993.
- GREEN, L. W et al. **Health education planning: a diagnostic approach**. Palo Alto, Mayfield, 1980.
- GUIMARÃES, K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In PARKER, R. & GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no BRASIL**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996.
- HARVEY, S.M; BECKMAN, L.J; WRIGHT, C. Perceptions and use of the male condom among african american university students. **International Quarterly Community Health Education**, **16** (2): 139-153, 1996-1997.
- HINGSON; R., STRUNIN, L. & BERLIN, B. Acquired imunodeficiency syndrome trasmission: changes in knowledge and behaviors among teenagers: Massachussets statewide surveys, 1986 to 1988. **Pediatrics**, **85**: 24-69, 1990.

- HINGSON, R.W; STRUNIN, L.; GRADY, M.; STRUNK, N.; CARR, R.; BERLIN, B.; CRAVEN, D.E. Knowledge about HIV and behavioral risks of foreign-born Boston public school students. **American Journal of Public Health**, **81** (21): 1638-44, 1991.
- HOELL, J.; ARY, D.; DUNCAN, T. Development and evaluation of a sexual decision-making and social skills program: "the choiche is yours-preventing HIV/STDS". **Health Education & Behavior**. **24** (1): 87-101, 1997.
- HOLTZMAN, D.; LOWRY, R.; KANN, L.; COLLINS, J.L.; KOLBE, L.J. Changes in HIV related information sources, and 1990. **American Journal of Public Health**, **84** (3): 388-93, 1994.
- HOLTZMAN, D., MATHIS, M. P; KANN, L.; COLLINS, J. L. & KOLBE, L.J. Trends in risk behaviors for HIV infection among U.S high school students, 1889-91. **AIDS Education and Prevention**, **7** (3): 265-77, 1995
- HOWARD, M. & McCABE, J.B. Helping teenagers postpone sexual involvement. **Family Planning Perspectives**, **22**: 21-6, 1990.
- JANS, N.K.; ZIMMERMAN, M.A.; WREN, P.A., ISRAEL, B.A.; FREUDENBERG, N.; CARTER, R. Evaluation of 67 AIDS prevention projects: sucessful approaches and barriers to programs effectiveness. **Health Education Quarterly**, **23** (1): 80-97, 1996.
- JANS, N.K. & BECKER, H. The health belief model: a decad later. **Health Education Quaterly**, **11** (1): 1-47, 1984.

- JOSEPH, J. MONTGOMERY, S. EMMONS, C.; KESSLER, R.; OSTROW, D.; WORTMAN, C.; O'BRIAN, M.; ESHLEMAN, S. Magnitude and determinants of behavioral risk reduction: longitudinal analysis of a cohort at risk for AIDS. **Psychology and Health**, **1**: 73-96, 1987.
- KASEN, S.; VAUGHAN, R.D.; WALTER, H.J. Self-efficacy for AIDS preventive behaviors among tenth grade students. **Health Education Quarterly**, **19** (2): 187-202, 1992.
- KEGELES, S.M., ADLER, N.E. & IRWIN, Jr., C.E. Sexually active adolescents and condoms; changes over one year on knowledge. **American Journal of Public Health**, **78** (4): 460-1, 1988.
- KELLY, J.A.; St. LAWRENCE, J.S.; DIAZ, Y.E.; STEVENSON, L.Y.; HAUTH, A.C.; BRASFIELD, T.L.; KALICHMAN, S.C.; SMITH, J.E.; ANDREW, M.E. Risk behavior reduction following intervention with key opinion leanders of population: an experimental analysis. **American Journal of Public Health**, **81** (2): 168-71, 1991.
- KIDKE, M.D.; BOYER, C.; HEIN, K. An evaluation of AIDS risk reduction and skills traininig (ARREST) program. **Journal of Adolescent Health**, **14** (7): 533-9, 1993.
- KINDEBERG, T. & CHRISTENSSON, B. Changing swedish students attitudes in relation to the AIDS epidemic. **Health Education Quarterly**, **9** (2): 171-81, 1994.
- KIRBY, D.; BARTH, R.P.; LELAND, N.; FETRO, J.V. Reducing the risk: impact of a new curriculum on sexual risk-taking. **Family Plannning Perspectives**, **23**: 253-63, 1991.

- KLEPINGER, D. H. & BILLY, J. O. Perception of AIDS risk and severity and their association with risk-related behavior among U S men. **Family Planning Perspectives**, **25** (2):74-82, 1993.
- KOWALEWSKI, M.R., HENSON, K.D.; LONGSHORE, D.L. Rethinking perceiveid risk and health behavior: a critical review of HIV prevention research. **Health Education & Behavior**, **24** (3): 313-25, 1997.
- KU, L.C., SONNENSTEIN, F.L. & PLECK, J.H. The association of AIDS education and sex education with sexual behavior and condom use among teenage man. **Family Planning Perspectives**, **24** (3): 100-6, 1992.
- KVALEM, I.L.; SUNDET, J.M.; RIVO, K.I.; EILERSTEN, D.E.; BAKKETEIG, L.S. The effect of sex education or adolescents use of condoms: applying the Solomon four-grup design. **Health Education Quarterly**, **23** (1):34-7, 1996.
- LELAND, N. L. & BARTH, R. P. Gender differences in knowledge, intentions and behaviors concerning pregnancy and sexually transmitted disease prevention among adolescents. **Journal of Adolescents Health**, **13** (7): 589-99, 1992.
- LEVENTHAL, H; SAFRE, M.A. & PANAGIS, D.M. The impact of communications on the self-regulation of health beliefs, decisions and behavior. **Health Education Quarterly**, **10** (1): 3-29, 1983.
- LEVY, S.R.; WEEKS, K., HANDLER, A. PERHATS, C., FRANK, J.A. A longitudinal comparision of parent and child HIV-related attitudes and knowledge. **Family Plannning Perspectives**, **27** (1): 4-10, 1995.

- LOPEZ, T.A. AIDS e o direito civil brasileiro. **Revista USP-Dossiê AIDS**, **33**: 66-79, 1997.
- LOYOLA, M.A. Percepção e prevenção da AIDS no Rio de Janeiro . In Loyola, M.A. **AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, UERJ, 1994.
- LOYOLA, M.A. Percepção e prevenção da AIDS no Rio de Janeiro. In Loyola, M.A. **AIDS e sexualidade**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, UERJ, 1994.
- LUX, K. & PETOSA, R. Preventing HIV infection among juvenile delinquents: educational diagnosis using the health belief model. **International Quarterly of Community Health Education**, **15** (2): 145-63, 1995.
- MAHONEY, C. A., THOMBS, D. L. & FORD, O. J. Health belief and self-efficacy models: their utility in explaining college student condom use. **AIDS: Education and Prevention**, **7** (1): 32-49, 1995.
- MAHONEY, C.A.; THOMBS, D.L., FORD, O.J. Health belief model and self-efficacy models: their utility in explaining college student condom use. **AIDS Education and Prevention**, **7** (1): 32-49, 1995.
- MAIMAN, L.A. & BECKER, M.H. The health belief model: origins and correlates in psychological theory. **Health Education Monographs**, **2** (4): 337-53, 1974.
- MANN, J. **Global AIDS: epidemiology, impact, projections, global strategy. AIDS prevention and control**: Invited presentations and papers from the World Summit of Ministers of Health on Programs for AIDS Prevention. London, World Health Organization, 1988.

- MANN, J.; TARANTOLA, D.J. M., THOMAS, W. (orgs.) **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/ABIA, IMS, UERJ, 1993.
- McCAIG, L.F.; HARDY, A.M.; WINN, D.M. Knowledge about AIDS and HIV in the US adult population influence of the local incidence of AIDS. **American Journal of Public Health**, **81** (12): 1591-5, 1991.
- McDONALD, M.D.; NORI, W., GEORGE, A., FISHER, W.A.E. High-risk STD/HIV behavior among college students. **JAMA**, **263**: 3155-9, 1990.
- McKUSIK, HORSTMAN, W. & COATES, T.J. AIDS and sexual behavior reported by gay men in San Francisco. **American Journal of Public Health**, **75**: 493-6, 1985.
- McLEROY, K.; BIBEAU, D.; STECKLER, A.; GLANZ, K. An ecological perspective on health promotion programs. **Health Education Quarterly**, **15** (4): 351-77, 1988.
- McLEROY, K. Health education research: future directions. **Health Education Review: Theory & Practice**, **7** (1): 1-8, 1992.
- METZLER, C. W.; NOELL, J.; BIGLAN, A. ARY, D.; SMOLKOVSKI, K. The social context for risk sexual behavior among adolescents. **Journal of Behavioral Medicine**, **17** (4): 419-38, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **9** (6) Semana Epidemiológica, 10 n.22 de março de 1997.
- MORANDO, L. Sexo, prazer e homem: a prevenção da AIDS. In: Silva, R.G. **Ação e Vida: respostas à epidemia de HIV/AIDS em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 1996.

- MULDER, D. W., HUNN, A. J, KAMALI, A., HAKIYING, J, WAGNER, H. U., KENGEYIA-KAYIONDO, J. F. Two years associated mortality in a Uganda rural population. **The Lancet**, **343**: 1021-3, 1994.
- NAGURA, S., KANG, S. & SHAPIRO, J. Outcomes of intensive AIDS education for male adolescent drug users in jail. **Journal of Adolescent Health**, **15** (6): 457-62, 1995.
- NGUYEN, M.N., SAUVIER, J.F., PICA, L.A. Factors influencing the intention to use condoms in quebec sexually inactive male adolescents. **Journal of Adolescent Health**, **18** (1): 48-53, 1996.
- O' DONNEL, L. et al. Psychosocial responses of hospital workers to AIDS. **Journal of Applied Social Psychology**, **17**: 269-85, 1987.
- O'LEARY, A.; JEMMOTT, L.S.; GOODHART, F.; GEBELT, J. Effects of an institutional AIDS prevention intervention by gender. **AIDS Education and prevention**, **8** (6): 516-28, 1996.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. **La educación sanitaria escolar en la prevención del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual**. Ginebra, Organización Mundial de Salud, 1992.
- PAGET, W. J. ; ZWAHLEN, M.; EICHMAN, A.R., MARTI, B. Condom use among patients attending sexually transmitted disease clinics in Switzerland. **Sexually Transmitted Diseases**, **22** (5): 303-9, 1995.
- PAIVA, V. Sexualidade e gênero num trabalho para prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R. et al. (org.) **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1994.

- PARKER, R. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e políticas no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume-Damará, 1994.
- PARKER, R. & GALVÃO, J. **Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/ABIA, IMST, UERJ, 1996.
- PARKER, R.; HERDT, G. & CARBALLO, M. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisas sobre a AIDS. In CZERESINA, D. e col. **AIDS: pesquisa social e educação**. São Paulo, HUCITEC/ ABRASCO, 1995.
- PARSONS, T. **The social system**. Nova York, Free Press, 1951.
- PASTERNAK, J. AIDS: história pessoal de uma epidemia. **Revista USP-Dossiê AIDS**, **33**: 20-37, 1997.
- PASTERNAK, J. **AIDS: verdade e mitos, histórias e fatos**. São Paulo, Círculo do Livro, 1988.
- PATTERSON, G.R. Performance models for antisocial boys. **American Psychologist**, **41** (1): 1-13, 1983.
- PEREIRA, A.C. Prevenção da AIDS: conhecimentos e conduta profissional de cirurgiões-dentistas dos setores público e privado do município de São Paulo. 1997. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
- PETOSA, R & WESSINGER, J. The AIDS education needs of adolescents: a theory-based approach. **AIDS Education and Prevention**, **2** (2): 127-36, 1990.
- PINKERTON, S.D. & ABRAMSON, P.R. Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. **Social Science and Medicine**, **44** (9): 1303-12, 1997.

- PIOVESAN, A. & TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, **29**: 318-25, 1995.
- POLLAK, M. **Os homossexuais e a AIDS : Sociologia de uma epidemia**. São Paulo, Estação Liberdade, 1990.
- POPPEN, N.P.J. & REISEN, C.A. Perception of risk and sexual self-protective behavior: a methodological critique. **AIDS Education and Prevention**, **9** (4): 373-90, 1997.
- PROHASKA, J.; REDDING, C.A.; HARLOW, L.; ROSSI, J.; WAYNE, F.V. The transtheoretical model of change and HIV prevention: a review. **Health Educational Quarterly**, **21** (4): 471-88, 1994.
- PROHASKA, T. R. et al. Determinants of self- perceived risk for AIDS. **Journal of Health Social Behavior**, **31**: 384-94, 1990.
- QUINN, T.C. Population migration and the spread of Types 1 and 2 human immunodeficiency viruses. in RORMAN, B. (ed.) **Infections diseases in a age of change**. Washington, National Academy Press, 1995.
- REEDER, G.D.; PRYOR, J.B.; HARSH, L. Activity and similarity in safer sex workshops led by peer educators. **AIDS Education and Prevention**, **9** (Suppl. A) : 77-89, 1997.
- RICKERT, V. I., JAY, M.S., GOTTLIEB, A. A comparison of three clinical-based AIDS education program on female adolescents' knowledge, attitudes and behavior. **Journal of Adolescents Health Care**, **44** (4): 298, 1990.

- ROGERS, R.W. Cognitive and psychological process in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In: CACIOPPO, J. & PETTY, R. (eds.). **Social psychophysiology**. New York. Guilford Press, 1983
- ROSENSTOCK, I.M., STRECHER, V.J. & BECKER, M.H. Social learning theory and the health belief model. **Health Education Quarterly**, **15**: 175-83, 1988.
- ROTHERAM-BORUS, M.J.; KOOPMAN, C.; HAIGNERE, C.; DAVIES, M. Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents. **JAMA**, **266** (9): 1237-41, 1991.
- SEIDMAN, S.N., MOSHER, W.D., ARAL, S.O. Predictors of high risk behavior in unmarried american woman: adolescent environment as risk factor. **Journal of Adolescent Health**, **15** (2): 126-62, 1994.
- SELIK, R.; CASTRO, K. G.; PAPPALIOANOV, M. Racial ethnic differences in the risk of AIDS in the United States. **American Journal of Public Health**, **78** (12): 1539-45, 1988.
- SHAALMA, H.P.; KOK, G.; BOSKER, R.; PARCEL, G., PETERS, L. POELMAN. J.; REINDERS, J. Planned development and evaluation of AIDS/STD education for secondary school students in the Netherlands: short term effects. **Health Education Quarterly**, **23** (4): 469-87, 1996.
- SHORT, J.F. Jr. The social fabric at risk. Toward the social transformation of risk analysis. **American Sociological Review**, (6): 711-25, 1984.

- SIMKIS, L. & KUSHNER, A. Attitudes toward AIDS, herpes II and toxic shock syndrome: two years later. **Psychological Reports**, **59**: 883-91, 1986.
- SLOVIC, P. Perception of risk. **Science**, **236**: 280-5, 1987.
- SMITH, M. & KATNER, H. P. Quasi-experimental evaluation of three AIDS prevention activities for maintaining knowledge improving attitudes and changing risk behaviors of high-school seniors. **AIDS: Educational and Prevention**, **7** (5): 391-402, 1995.
- SNYDER, L. & ROUSE, R. Targeting the audience for AIDS messages by actual and perceived risk. **AIDS: Educational and Prevention**, **4**: 143-59, 1992.
- SOLOMON, M.Z. & De JONG, W. Recent sexually transmitted disease prevention efforts and their implications for AIDS health education. **Health Educational Quarterly**, **13** (4): 301-16, 1986.
- SOUZA FILHO, E.; HENNING, M.G. **Cadernos Saúde Pública**, **8** (4): 428-41, 1992.
- ST. LAWRENCE, J.S., SCOTT, C.P. Examination of the relationship between African American adolescents' condom use at sexual onset and later sexual behavior: implications for condom distributions programs. **AIDS: Education and Prevention**, **8** (3): 258-66, 1996.
- STALL, R., McKUSIC, L.; WILEY, J.; COATES, T.J., OSTROW, D.G. Alcohol and drug use during sexual activity and compliance with safe sex guidelines for AIDS: the AIDS Behavioral Research Project. **Health Education Quarterly**, **13**: 359-71, 1986.

- STIFFMAN, A. R.; EARLS, F.; DORÉ, P.; CUNNINGAM, R. Changes in acquired immunodeficiency syndrome-related risk behavior after adolescence: relationships to knowledge and experience concerning HIV infection. **Pediatrics**, **89** (5): 950-6, 1992.
- STIPP, H. & KERR, D. Determinants at public opinion. **Public Opinion Quarterly**, **53**: 98-106, 1987.
- STRAUSS, R. P. Cognitive and attitudinal impacts of university AIDS course: interdisciplinary education as public health intervention. **American Journal of Public Health**, **82** (4): 569-72, 1992.
- STRECHER, V.J., De VELLIS, B.M.; BECKER, M.H. & ROSENSTOCK, I.M. The role of sel-efficacy in achieving health behavior change. **Health Education Quarterly**, **13** (1): 73-9, 1986.
- SVENSON, G.R. & HANSON, B.S. Are peer and social influences importants components to include in HIV-STD prevention models? **European Journal of Public Health**, 1996 (6): 203-11, 1996.
- TEMPORINI, E.R. Saúde do escolar: conduta e opinião de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
- TEMPORINI, E.R. Prevenção da AIDS: percepção e conduta sexual de estudantes universitários de São Paulo. São Paulo, 1995. [Tese de Livre-docência, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
- TEMPORINI, E.R. Prevenção da AIDS: um desafio sócio-comportamental. **Revista USP- Dossiê AIDS São Paulo**, **33**: 38-45, São Paulo, 1997.

- THOMAS, S & QUINN, S. C. The burdens of race and history on black americans attitudes toward needle exchange policy to prevent AIDS disease. **Journal of Public Health Policy**, **14** (3): 320-47, 1993.
- TRUJILLO FERRARI, A. **Metodologia da pesquisa científica**. São Paulo, McGraw-Hill, 1982.
- VANLANDINGHAM, M. J.; SUPRASERT, S.; GRANDJEAN, N. SITTITRAI, W. Two views of risky sexual practices among northern males: the health belief model and the theory of reasoned action. **Journal of Health Social Behavior**, **36**: 195-211, 1995.
- MALOW, R.M.; WEST, J.A.; CORRIGAN, S.A.; PENA, J.M.; CUNNINGHAM, S.C. Outcome of psychoeducation for HIV risk reduction. **AIDS: Education and Prevention**, **6** (2): 113-25, 1994.
- WALTER, H. J.; VAUGHAN, R.D., GLADIS, M.M.; RAGIN, D.F., KASEN, S; COHALL, A.T. Factors associated with AIDS- related behavioral intentions among high students in an AIDS epicenter. **Health Educational Quarterly**, **20** (3): 409-20, 1993.
- WALTER, H. J., VAUGHAN, R.D.; RAGIN, D.R.; COHALL, AT.; KASEN, S. Prevalence and correlates of AIDS-related behavioral intentions among urban minority high school students. **AIDS: Education and Prevention**, **6** (4): 339-50, 1994.
- WEEKS, K.; LEVY, S.R.; ZHU, C.; PERHATS, C.; HANDLER, A.; FLAY, B.R. Impact of a school based AIDS prevention program on young adolescents self-efficacy skills. **Health Education Research**, **10**, (30): 234-44, 1995.

- WEEKS, KYLE, LEVY, SUSAN. R, GORDON, AUDREY. K, HANDLER, ARDEN, PERHATS, CYDNE, FLAY, BRIAN, R. Does parental involvement make a difference? The impact of a parent interactive activities on students in a school-based aids prevention program. **AIDS Education and Prevention**, **9** (Suppl. A): 90-106: 1997.
- WEISSE, C.S.; TURBIASZ, A.A.; WHITNEY, D.J. Behavioral training and AIDS risk reduction overcoming barriers to condom use. **AIDS Education and Prevention**, **7** (1): 50-9, 1995.
- WESTERMAN, P.L. & DAVIDSON, P.M. Homophobic attitudes and AIDS risk behavior of adolescents, **Journal of Adolescent Health**, **14**: 208-13, 1993.
- WILLIAMS, L.S. AIDS risk reduction: a community health education intervention for minority high group members. **Health Education Quarterly**, **13** (4): 407-21, 1986.
- WILSON, D. & LAVELLE, S. Psychological predictors of intended condom use among Zimbabwean adolescents. **Health Education and Quarterly**, **7** (1): 55-68, 1992.
- WINNET, R.A. Efficacy of a home based human immuno-deficiency virus prevention video programs for teens and parents. **Health Education Quarterly**, **20** (4): 556-67, 1993.
- WITT, L. A. Authoritarianism, knowledge of AIDS affect toward persons with AIDS: implications for health education. **Journal of Applied Social Psychology**, **7**: 599-607, 1989.

- WOLK, L.I. & ROSENBAUM, R. The benefits of school-based condom availability: cross sectional analysis of a comprehensive high-school-based program. **Journal of Adolescent Health**, **17** (3): 184-8, 1995.
- ZIMET, G. D.; BUNCH, D.L.; ANGLIN, T.M.; LAZEBNIK, R.; WILLIAMS, P.; KROWCHUK, D.R. Relationship of AIDS-related attitudes to sexual behavior changes in adolescence. **Journal of Adolescent Health**, **13** (6): 493-8, 1992.
- ZIMMERMAN, R.S. & OLSON, K. AIDS related risk behavior change in a sexually active, heterosexual sample: a test of three models of prevention. **AIDS Education and Prevention**, **6** (3): 189-205, 1994.

ANEXOS

**ANEXO I - ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA A
SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA EXPLORATÓRIA**

ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA A SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA EXPLORATÓRIA

1. Como você considera a AIDS em relação a sua gravidade?
2. O que você acha das informações que vêm sendo divulgadas pela imprensa sobre a AIDS?
3. Como você avalia os seus conhecimentos em relação à AIDS?
4. Como você acha que as pessoas podem pegar AIDS?
5. Qual o risco que você sente quanto a pegar AIDS?
6. Que pessoas você acha que correm maior risco de pegar AIDS?
7. O que você acha do risco que seus colegas estão correndo em relação à AIDS?
8. Os seus colegas têm influenciado o seu comportamento em relação a prevenção da AIDS?
9. Você mudou algum comportamento por causa da AIDS?
10. O que você acha da camisinha?
11. O que você tem feito para se prevenir da AIDS?
12. O que você acha das posições da Igreja Católica em relação à AIDS?
13. O que você acha que poderia ser feito para se evitar a propagação da AIDS?

**ANEXO II - TRECHOS SELECIONADOS DE
RESPOSTAS OBTIDAS NO ESTUDO EXPLORATÓRIO**

TRECHOS SELECIONADOS DE RESPOSTAS OBTIDAS NO ESTUDO EXPLORATÓRIO

Sobre o risco de contrair AIDS

“Eu acho que não existe um grupo de risco ... A partir do momento que você conheceu alguém numa praia, num restaurante, mais um relacionamento afetivo, eu acho que você está sujeito.” (Rapaz)

“Se é um assalto, tudo bem, é menos grave... Mas com AIDS é diferente.” (Rapaz)

“Eu já sabia que ela era virgem. Nunca tinha sofrido nenhum acidente, então não tinha feito transfusão nem nada. No começo eu usava camisinha, mas era mais como prevenção de gravidez. Agora, depois de um tempo eu parei de usar camisinha e ela começou a tomar pílula também.” (Rapaz)

“Não... A gente acha que nunca vai acontecer porque a gente tem relação com outras pessoas, não usa drogas, então a gente acha que isso é impossível de acontecer com gente.” (Rapaz)

“Eu acho que as pessoas de classe média para cima estão mais sujeitas a contrair AIDS porque são pessoas que se divertem e são mais sujeitas a festas, agitos e conhecer pessoas diferentes.” (Garota)

“Eu acho que as minhas colegas têm 70% de chance de contrair a doença porque, além de darem em cima dos rapazes, acham que não têm o direito de exigir algo deles.” (Garota)

“Pode acontecer. De repente, se você fica embriagado. Quando você está embriagado com os amigos você vai nesses inferninhos e de repente fura a camisinha ou acontece alguma coisa. Ah, já viu, numa dessas você já entrou para ala dos infectados.” (Rapaz)

Sobre a informação relacionada a AIDS

“É uma pena que esse seja um assunto que só vem à tona quando é carnaval, é fim de ano. Não é um assunto que o pessoal comenta dia-a-dia.” (Rapaz)

“Estamos com mais de um mês letivo e é a primeira vez que ouço dentro da faculdade esse termo.” (Rapaz)

“Deveria haver teste para todo mundo, gratuito, para quem quisesse, sigiloso, para ver se as pessoas se conscientizam melhor sobre a AIDS.” (Rapaz)

“É esse o grande problema: não é tanto a falta de informação, é a falta de consciência mesmo.” (Garota)

“Eu acho que deveria haver mais propaganda, muito mais esclarecimento na Universidade.” (Rapaz)

Sobre a influência da Mídia

“... a mídia está colocando só um lado: ‘use preservativo, use, use’... Só que muitas vezes a desinformação é de como usar... Aqueles que não conhecem, não têm alguém para perguntar, seja um médico, seja uma pessoa que entenda, acabam não usando por desinformação.” (Garota)

“Eu acho que os números que estão sendo divulgados não refletem o que é na verdade. Existe muito mais gente por aí. Porque tem muita gente que diz que não tem ... e só depois é que vai ficar sabendo. O números são muito mais assustadores.” (Rapaz)

Sobre a posição da Igreja Católica

“A Igreja usa de uma demagogia muito grande em relação a isso. Alguns segmentos da Igreja têm mudado, mas a demagogia da Igreja ainda impera bastante. Eu acho que ela deveria ter o papel de auxiliar as famílias e os jovens.” (Rapaz)

“... Acho que existem alguns padres com consciência e liberdade para falar sobre a AIDS com os fiéis. Eu acho que existem os mais tradicionais, que eu não conheci. No colégio onde estudei, conheci alguns padres que dão aulas super abertas.” (Rapaz)

“Eu acho que ela (a Igreja) tem um limite e eu acho que ela poderia ultrapassar esse limite de informações, deixando claro qual é a atual situação da AIDS.” (Rapaz)

“Eu acho que a Igreja está um pouco fora da realidade. A maioria transa antes do casamento e por mais que ela ache que está errado, tem que se adaptar à realidade.” (Garota)

“A Igreja é muito conservadora... e com certeza sabe que a AIDS é um problema gravíssimo e tem que apoiar para solucionar o problema, tem que fazer campanhas...” (Garota)

“Eu acho que é totalmente errado eles (os padres) proibirem o uso da camisinha. E isso não é só pra AIDS. Também para as pessoas humildes cheias de filhos. E não podem nem criar porque a Igreja proíbe.” (Garota)

“Deveria haver mais palestras sobre isso, faixas, maior distribuição de camisinhas, porque, como em toda faculdade, aqui ocorre sexo demais entre os alunos.” (Rapaz)

“A família também tem o tabu, o preconceito e a dificuldade de comentar sobre sexo e não toca no assunto. Tem medo também de alguém contrair, mas não toca no assunto da prevenção.” (Garota)

“Eu acho que as minhas amigas têm um grande acesso às fontes de comunicação que falam sobre a prevenção da AIDS, mas às vezes, na hora elas falam: ‘Não, não vai acontecer nada comigo...’ Por isso tem um grande índice de pessoas contaminadas.” (Garota)

Sobre o hábito de conversar a respeito da AIDS

“Tem famílias que não são muito abertas. Então, de repente, o próprio jovem está mais bem informado e acaba passando alguma coisa para os pais.” (Rapaz)

“Ninguém joga aberto, não têm um papo aberto sobre os temas polêmicos. Então as informações, que muitos jovens têm ou é na escola ou via mídia. O que é muito pouco.” (Rapaz)

“As vezes na televisão as pessoas ficam meio constrangidas. Imagine falar assim entre amigos... fica muito difícil conversar.” (Garota)

Sobre o uso da camisinha

“Não porque eu tenho muito medo mesmo. Eu tenho consciência de que é uma doença que não tem cura.” (Garota)

“Não possuírem a camisinha no momento, por estarem viajando: ‘camisinha para que?’, ‘Tô curtindo agora, não vale parar para usar a camisinha... não vou perder a leva.’ (Rapaz)

“... tem nos livros, tem na televisão. Acho que tem que conversar senão não adianta nada. E convencer mesmo, na hora do ato conversarem sobre isso..., porque depois não tem mais volta. Mas como conseguir convencer, aí eu já não tenho idéia.” (Rapaz)

“Porque hoje em dia os relacionamentos são temporários, que duram uma semana, duas semanas, um mês ou simplesmente uma noite e isso dificulta que as pessoas tenham uma conversa em relação ao uso do preservativo.” (Garota)

“Às vezes eles até usam numa boa, mas se não precisar é melhor.” (Garota)

“Eles resistem mais, mas é lógico que a menina tem grande culpa nisso, porque se estivessem de acordo, se tivessem uma conversa, um entendimento, seria uma coisa natural.” (Garota)

“Tem amigas minhas que contam histórias, que agem por impulso: ‘pô, vai ser legal, hoje eu vou deixar ir sem camisinha’. O namorado pede e numa dessas você pode pegar.” (Garota)

“Os caras forçam um pouco a barra. O que ouço falar das minhas amigas é que não é tão fácil assim; depende do namorado.” (Garota)

“Minhas amigas têm menos de vinte anos e já querem ser do tipo moderninha. Então acham que se saírem com uma pessoa hoje, irem para um motel e falarem de camisinha, das doenças, ele vai achar um papo careta em vez de pensar que você é uma pessoa bem informada, bem preparada, bem instruída.” (Garota)

“A camisinha tem que ser encarada como uma forma de amor pela pessoa. Eu não encaro como uma método que vai tirar o meu prazer e que vai prejudicar minha parceira. Confio nela? É lógico que confio nela, mas eu não confio talvez com quem ela ficou ou possa ter ficado.” (Rapaz)

Sobre os homossexuais

“Eu não sou preconceituosa... mas acho que (os homossexuais) são pessoas que não se previnem e que não têm muita consciência... Eu já conheci

algumas pessoas que são até pessoas maravilhosas para se conversar, mas você vê que elas não têm consciência.” (Garota)

Sobre os consumidores de drogas injetáveis

*“Eu acho que é um pessoal esquecido, deixado de lado... que estão dando muita importância mas relações sexuais só como forma de transmissão.”
(Garota)*

“São as pessoas que usam drogas injetáveis, que não usam seringas descartáveis, que vão a lugares que têm prostitutas, que transam com essas prostitutas..., é um tipo de pessoal de nível mais baixo para quem esse tipo de informação é mais dificultoso.”

ANEXO III - RAPPORT

Prezado Estudante,

Este questionário foi elaborado para uma pesquisa sobre AIDS entre universitários da Grande São Paulo, que está sendo desenvolvida pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

A validade dessa pesquisa depende da fidedignidade das respostas que serão dadas neste questionário. Por isso solicitamos sua especial colaboração para responder às perguntas propostas, indicando o que realmente pensam sobre o assunto.

Não se trata de uma prova. As respostas serão mantidas em sigilo. Por essa razão solicitamos para que não coloque seu nome ou assinatura no questionário.

Leia o enunciado da questão e todas as alternativas antes de respondê-la. Siga as instruções, pois há algumas questões que, conforme o caso, não devem ser respondidas e outras que possibilitam mais de uma resposta.

Não deixe nenhuma pergunta sem resposta, pois isso poderá prejudicar a análise dos dados da pesquisa.

Lembramos, ainda, que os números colocados na margem direita do questionário são de uso exclusivo da equipe de pesquisa, não devendo, portanto, ser considerados.

Agradecemos sua atenção e colaboração.

Antonio Carlos Gil

ANEXO IV - QUESTIONÁRIO

PESQUISA SOBRE AIDS

Questionário nº	<div>123</div>
Nome da Faculdade: <div></div>	<div>4</div>
1. Que curso você faz nesta escola? <div></div>	<div>5</div>
2. Qual o ano que você está cursando? <div></div>	<div>6</div>
3. Quantos anos completos você tem? <div> </div> anos	<div>78</div>
4. Sexo - Masculino (1) - Feminino (2)	<div>9</div>
5. Qual o seu estado civil? - Solteiro(a) (1) - Casado(a) (2) - Viúvo(a) (3) - Desquitado(a) (4) - Divorciado(a) (5) (Se for casado, passe para a questão nº 11)	<div>10</div>
6. Você já teve relação sexual alguma vez? - Sim (1) - Não (Passe para a Questão nº 11)... (2) - Não quero responder ... (Passe para a Questão nº 11)... (3)	<div>11</div>
7. Você tem um(a) parceiro(a) sexual fixo(a); isto é, com quem você mantém relações sexuais regularmente? - Sim (1) - Não (Passe para a Questão nº 11)... (2) - Não quero responder ... (Passe para a Questão nº 11)... (3)	<div>12</div>

8. Há quanto tempo você tem esse(a) parceiro(a) sexual? _____ anos, _____ meses, ou _____ dias	<div>13 14</div> <div>15 16</div> <div>17 18</div>
9. Esse(a) parceiro(a) fixo(a) é seu(sua): - namorado(a) (1) - noivo(a) (2) - companheiro(a) (3) - conhecido(a) (4)	<div>19</div>
10. Em relação a esse parceiro(a), qual a afirmação abaixo que melhor se aplica ao seu caso? - Tenho muita certeza de que ele(a) não mantém relações sexuais com outras pessoas (1) - Tenho certeza, mas não muita, que ele(a) não mantém relações sexuais com outras pessoas (2) - Não tenho certeza alguma de que ele(a) não mantém relações sexuais com outras pessoas (3) - Não sei (9)	<div>20</div>
11. Como você avalia os seus conhecimentos em relação à AIDS? - Acho que conheço muito bem o assunto (1) - Acho que conheço bem o assunto (2) - Acho que conheço mais ou menos o assunto (3) - Acho que conheço mal o assunto (4) - Acho que conheço muito mal o assunto (5)	<div>21</div>

12. Qual a sua opinião sobre as informações sobre a AIDS divulgadas pelos meios de comunicação (rádio, televisão, jornais, revistas, etc.)?				
	Concordo (1)	Discordo (2)	Não tenho opinião (9)	
- O número de casos é muito superior ao apresentado	___	___	___	<u>22</u>
- Pode-se pegar AIDS de muitas outras maneiras além das que são divulgadas....	___	___	___	<u>23</u>
- As recomendações que são apresentadas para a prevenção da AIDS são insuficientes.....	___	___	___	<u>24</u>
13. Compare a gravidade da AIDS com a gravidade de outras doenças. Como você considera a AIDS em relação às doenças abaixo mencionadas?				
	Mais grave (1)	Igualmen- te grave (2)	Menos grave (3)	Não sei (4)
- câncer	___	___	___	___
				<u>25</u>
- lepra	___	___	___	___
				<u>26</u>
- sífilis	___	___	___	___
				<u>27</u>
- ataque cardíaco	___	___	___	___
				<u>28</u>
- doença mental	___	___	___	___
				<u>29</u>
14. Você considera a AIDS uma doença:				
- muito grave			___ (1)	
- grave			___ (2)	
- mais ou menos grave			___ (3)	
- de pouca gravidade			___ (4)	
- sem nenhuma gravidade			___ (5)	
				<u>30</u>

15. De que maneiras você acha que se pode pegar AIDS? (RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES)				
	Sim (1)	Não (2)	Não Sei (3)	
- Contato da pele com sangue de pessoa que tem AIDS	___	___	___	31
- Picada de mosquito que tenha picado pessoa que tem AIDS	___	___	___	32
- Picada de agulha que já tenha sido utilizada por pessoa que tem AIDS	___	___	___	33
- Uso de objetos pessoais de pessoas que têm AIDS	___	___	___	34
- Amamentação quando a mãe tem AIDS	___	___	___	35
- Relação vaginal	___	___	___	36
- Relação anal	___	___	___	37
- Relação oral	___	___	___	38
- Contato da pele com esperma	___	___	___	39
- Receber sangue	___	___	___	40
- Doar sangue	___	___	___	41
16. Na sua opinião, o risco que você corre de contrair AIDS é:				
- muito grande	___	(1)		42
- grande	___	(2)		
- médio	___	(3)		
- pequeno	___	(4)		
- muito pequeno	___	(5)		
- nenhum	___	(6)		

17. Você conhece, mais de perto, pessoas que tenham ficado doentes de AIDS? - Sim (1) - Não (2)	<div>43</div>
18. Você conhece, mais de perto, pessoas que morreram por causa da AIDS? - Sim (1) - Não (2)	<div>44</div>
19. Nos últimos três meses, você tem conversado com algum(a) amigo(a) sobre alguns dos assuntos abaixo mencionados? <div><div>Sempre (1)</div><div>Rara- mente (2)</div><div>Nunca (3)</div></div> - Uso de camisinha - Homossexualismo - Prazer no sexo - Fazer o teste da AIDS - Ter sexo com várias pessoas - Fidelidade ao parceiro sexual - Uso de drogas injetáveis	<div>45</div> <div>46</div> <div>47</div> <div>48</div> <div>49</div> <div>50</div> <div>51</div>
20. Como você se sente conversando sobre AIDS com os(as) seus(suas) amigos(as)? - Muito à vontade (1) - Mais ou menos à vontade (2) - Um pouco à vontade (3) - Nada à vontade (4)	<div>52</div>

21. Na sua opinião, qual o risco de pegar AIDS a que estão sujeitas as pessoas abaixo mencionadas?						
	<div>Risco</div> <div>Muito alto (1)Alto (2)Médio (3)Baixo (4)Muito baixo (5)</div>					
- Homossexuais com parceiro fixo	___	___	___	___	___	<div>53</div>
- Homossexuais com muitos parceiros ...	___	___	___	___	___	<div>54</div>
- Pessoas com parceiro fixo do sexo oposto	___	___	___	___	___	<div>55</div>
- Pessoas com muitos parceiros apenas do sexo oposto	___	___	___	___	___	<div>56</div>
- Bissexuais (que mantém relações sexuais com pessoas de ambos os sexos)	___	___	___	___	___	<div>57</div>
- Prostitutas	___	___	___	___	___	<div>58</div>
- Garotos(as) de programa	___	___	___	___	___	<div>59</div>
- Usuários de drogas injetáveis	___	___	___	___	___	<div>60</div>
22. Qual o nome da religião a que você pertence?						
<div>Não pertencem a religião alguma</div>					<div>___ (1)</div>	<div>61</div>
23. Na sua opinião, compete à Igreja Católica conversar com os fiéis sobre o uso da camisinha?						
- Sim	<div>___ (1)</div>					<div>62</div>
- Não	<div>___ (2)</div>					
- Não tenho opinião	<div>___ (9)</div>					
24. Qual é o grau de influência que você considera ter a Igreja Católica sobre as pessoas nesse assunto?						
- A Igreja influi muito	<div>___ (1)</div>					<div>63</div>
- A Igreja influi mais ou menos	<div>___ (2)</div>					
- A Igreja influi pouco	<div>___ (3)</div>					
- A Igreja influi nada influi	<div>___ (4)</div>					
- Não tenho opinião	<div>___ (9)</div>					

<p>25. Qual dos enunciados abaixo reflete melhor sua opinião acerca das pessoas que praticam o sexo por dinheiro? (INDIQUE APENAS UMA RESPOSTA)</p> <ul style="list-style-type: none">- São profissionais como quaisquer outros (1)- São profissionais que embora exercendo atividade censurável sob alguns aspectos, devem ser respeitados (2)- São pessoas que exercem uma atividade censurável, sendo justificável receberem algum tipo de discriminação (3)- São pessoas que exercem uma atividade condenável, não merecendo, portanto, respeito por parte da sociedade (4)- Não tenho opinião a respeito (9)	<p>64</p>
<p>26. Qual dos enunciados abaixo reflete melhor sua opinião acerca de pessoas homossexuais? (INDIQUE APENAS UMA RESPOSTA)</p> <ul style="list-style-type: none">- São pessoas que devem merecer todo o respeito da sociedade (1)- São pessoas que, embora tendo uma conduta não muito normal, não devem ser discriminadas (2)- São pessoas que apresentam conduta censurável, sendo justificável, portanto, que recebam algum tipo de discriminação (3)- São pessoas que apresentam conduta condenável, não merecendo, portanto, respeito por parte da sociedade ... (4)- Não tenho opinião a respeito (9)	<p>65</p>
<p>27. Na sua opinião, a maioria das pessoas que pegaram AIDS tinham uma conduta:</p> <ul style="list-style-type: none">- muito anormal (1)- um pouco anormal (2)- normal (3)- Não tenho opinião a respeito (9)	<p>66</p>
<p>28. Na sua opinião, o aparecimento da AIDS está relacionado com a maior liberdade de fazer sexo nos dias de hoje?</p> <ul style="list-style-type: none">- Está muito relacionado (1)- Tem um pouco de relação (2)- Tem pouquíssima relação (3)- Não tem relação (4)- Não tenho opinião a respeito (9)	<p>67</p>

Para responder às questões de nº 29 e 30, considere os(as) seus(suas) quatro amigos(as) mais chegados(as).				
29. Qual a influência que os seus amigos têm sobre você quanto aos assuntos relacionados à prevenção da AIDS?				
	Sempre (1)	Às vezes (2)	Nunca (3)	
- Ouço o que dizem	_____	_____	_____	<u>68</u>
- Respeito suas opiniões	_____	_____	_____	<u>69</u>
- Discuto o assunto	_____	_____	_____	<u>70</u>
- Faço o que sugerem	_____	_____	_____	<u>71</u>
- Faço o que fazem	_____	_____	_____	<u>72</u>
30. Na sua opinião, qual o risco de pegar AIDS que os seus amigos estão correndo?				
- Muito alto			_____ (1)	
- Alto			_____ (2)	
- Médio			_____ (3)	
- Baixo			_____ (4)	
- Muito baixo			_____ (5)	
- Nenhum risco			_____ (6)	<u>73</u>
Para responder às questões de nº 31 e 32, considere o amigo(a) com quem você mais se relaciona.				
31. Na sua opinião, o(a) seu(sua) amigo(a) faz, ou não, o que vem abaixo mencionado?				
	sempre (1)	às vezes sim, às vezes não (2)	nunca (3)	Não sei (9)
- Sexo sem camisinha	_____	_____	_____	_____
- Sexo com muitos parceiros	_____	_____	_____	_____
- Sexo com pessoas que têm muitos parceiros sexuais	_____	_____	_____	_____
- Uso de drogas injetáveis	_____	_____	_____	_____

<p>32. Na sua opinião, o(a) seu(sua) amigo(a) sabe usar a camisinha?</p> <p>- Sim (1)</p> <p>- Não (2)</p> <p>- Não sei (9)</p>	<p>78</p>
<p>33. Na sua opinião, o(a) seu(sua) amigo(a) consegue convencer o parceiro(a) a manter relações sexuais com camisinha?</p> <p>- Sim (1)</p> <p>- Não (2)</p> <p>- Não sei (9)</p>	<p>79</p>
<p>34. Na sua opinião, qual o grau de segurança que o uso da camisinha oferece para evitar a AIDS?</p> <p>- É muito seguro (1)</p> <p>- É mais ou menos seguro (2)</p> <p>- É pouco seguro (3)</p> <p>- Não oferece segurança (4)</p> <p>- Não sei se é seguro (9)</p>	<p>80</p>
<p>35. Em quem você confiaria para manter relação sexual? (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <p>- Amigos(as) (1)</p> <p>- Colegas de escola (2)</p> <p>- Colegas de trabalho (4)</p> <p>- Namorado(a) (8)</p> <p>- Noivo(a) (16)</p> <p>- Marido ou esposa (32)</p> <p>- Pessoas que você conhece em festas, bares, passeios etc (64)</p> <p>- Garoto(a) de programa (128)</p> <p>- Prostituta (256)</p>	<p>81 82 83</p>
<p>(Caso você não tenha ainda mantido relações sexuais, passe para a Questão nº 40)</p>	
<p>36. Com quantos(as) parceiros(as) você manteve relações sexuais nos últimos seis meses?</p> <p>_____ (nº de parceiros)</p>	<p>84 85</p>

37. Quantas relações sexuais você manteve nos últimos trinta dias? _____ (nº de relações sexuais)	<div>86</div> <div>87</div>
38. Nas relações sexuais mantidas nos últimos três meses quantas vezes você usou camisinha? - Todas as vezes (1) - A maioria das vezes (2) - Cerca de metade das vezes (3) - A minoria das vezes (4) - Nenhuma vez (5)	<div>88</div>
39. Você mudou sua conduta sexual por causa da AIDS em relação a: <div>Muito (1) Um pouco (2) Não (3)</div> - número de parceiros(as) sexuais? - número de relações sexuais? - uso de camisinha? - escolha do(a) parceiro(a) sexual?	<div>89</div> <div>90</div> <div>91</div> <div>92</div>
40. Imagine que você tenha conhecido uma pessoa e ambos decidiram manter relações sexuais. Você quer usar camisinha mas ele (ou ela) se recusa. Quão confiante você se sentiria para convencê-lo(a) a usar camisinha? - Muito confiante (1) - Mais ou menos confiante (2) - Pouco confiante (3) - Sem nenhuma confiança (4)	<div>93</div>

(A questão nº 41 deverá ser respondida apenas por homens)		
41. Quanto confiante você se sente em relação à sua habilidade para usar a camisinha nas relações sexuais?		
- Muito confiante	___ (1)	<div>94</div>
- Mais ou menos confiante	___ (2)	
- Pouco confiante	___ (3)	
- Sem nenhuma confiança	___ (4)	
42. Na sua opinião, comparando relações sexuais sem camisinha e com camisinha, o prazer é:		
- maior com o uso da camisinha	___ (1)	<div>95</div>
- menor com o uso da camisinha	___ (2)	
- idêntico nas duas situações	___ (3)	