

Ednaldo Cavalcante de Araújo

Adoção de Práticas de Sexo Mais Seguro de Jovens do
Sexo Masculino

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para
obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Eleonora Menicucci de Oliveira

São Paulo
2001

Araújo, Ednaldo Cavalcante de
**Adoção de práticas de sexo mais seguro de
jovens do sexo masculino** / Ednaldo Cavalcante de
Araújo --São Paulo, 2001. 213f

Tese (Doutorado) Universidade Federal de São Paulo.
Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Título em inglês: Adoption of safer sex practices
among male youngsters.

1. Sexo Masculino 2. Jovem 3. Comportamento
Sexual 4. Sexualidade 5. HIV e AIDS

Ednaldo Cavalcante de Araújo

Adoção de Práticas de Sexo Mais Seguro de Jovens do
Sexo Masculino

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para
obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

São Paulo
2001

Este estudo está vinculado à linha de pesquisa *Saúde e Relações de Gênero* do Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

O mundo é a oficina
O corpo a ferramenta

A existência a oportunidade

O dever a executar a missão a cumprir

O pensamento escolhe

A ação realiza

O homem conduz o barco da vida com os remos do desejo e a vida conduz o homem ao porto que ele aspira a chegar

Eis porque segundo as leis que nos regem “a cada um será dado pelas próprias obras”.

Psicografado pelo médium Francisco Cândido Xavier

DEDICATÓRIAS

Aos meus pais — Orlando Cavalcante de Araújo e Iraildes Tavares de Araújo —, meus primeiros exemplos de respeito, responsabilidade, honestidade, dignidade. Sempre estiveram empenhados no meu crescimento pessoal, educacional e profissional. Devo-lhes o reconhecimento do que significa ser alvo de uma solidariedade irrestrita, por havê-los sentido sempre aliados a mim, partilhando, mesmo à distância, de muitos momentos de alegrias e desventuras. Tudo isso foi e é de um valor incomensurável. A eles, meus sinceros agradecimentos!

As minhas irmãs Edna Cavalcante de Araújo e Izailma Rocha Guerra — e irmãos — Edroaldo, Eduardo e Edvaldo Cavalcante de Araújo — que meulsionam e me estimulam no perene e tão árduo processo de crescimento pessoal e profissional do dia-a-dia. A todos, pelo apoio repleto de incentivos, minha gratidão!

A Rinalda Araújo Guerra de Oliveira, Maria Anunciada de Araújo Guerra e Rafael Guerra Pessoa de Oliveira — tia, avó e primo, respectivamente. Pessoas por demais importantes em minha vida que sempre me apóiam em empreendimentos pessoais e acadêmicos, partilhados de renúncias, tristezas, compreensões, alegrias e amores vividos no cotidiano, meu muito obrigado!

AGRADECIMENTOS

Agradecer, regra geral implica voltar ao passado. Partindo desta premissa, vejo que é chegada a hora de exprimir e registrar minha gratidão àqueles que, além de colaborarem comigo, agiram de forma consciente e deliberada para a “concepção”, “gestação” e “parturição” deste estudo.

Um “muito obrigado” é redobrado a todos aqueles que muito me estimularam, oferecendo-me suas valiosas e espontâneas amizades ou os préstimos de suas ajudas, durante o período de realização desta tarefa acadêmica, por demais absorvente. No rol destas incontáveis pessoas, encontram-se muitos de atuais e ex professores, colegas e funcionários das Universidades Estadual e Federal da Paraíba, de São Paulo, da Bahia, do Ceará, de Pernambuco, de Maranhão, de Manaus, de Santa Catarina — UEPB, USP e UNIFESP UFPB, UFBA, UFC, UFPE, UFMA, UFAM, UFSC, respectivamente, e um grande número de amigos, parentes e afins, locados no Brasil e no exterior. Poupei-os de nomeá-los, pois, saberão reconhecer que esta mensagem se lhes destina e só a eles se adequam com propriedade.

Um agradecimento especial a Deus, pela dádiva de minha estada novamente nesta dimensão terrena, possibilitando-me a realização deste estudo e, com sua permissão, as seguintes pessoas pela influência e contribuição:

Sr^a. Inês Martins de Oliveira, Sr^a. Tereza Augusto da Silva, Srt^a. Maria do Livramento Gomes dos Santos, Srt^a. Maria das Graças Machado dos Santos: amigas importantes com as quais convivo

harmoniosamente, desfrutando suas afáveis companhias.

Srt^a. Damiana Dantas da Nóbrega: amiga que está presente em meu cotidiano, estimulando-me a vencer os desafios de se viver, de maneira harmoniosa, em um mundo repleto de diferenças e contradições.

Srs. Charles da Costa Oliveira e Rainier Rodrigues Freitas: dois manos, dois jovens, dois reencontros que se confirmaram na construção de uma amizade singular, sincera e cheia de emoções diárias.

Sr. Reinaldo da Costa Freitas, por ter demonstrado os efeitos de sua amizade, honrando-me ao dividir suas dúvidas, aflições e alegrias diárias, durante a realização deste estudo.

Exm^o. Sr. Dr. Ricardo da Costa Freitas: juiz de direito, um irmão por demais especial, que, com sua sensibilidade sempre sabe tocar a minha vida, compartilhando, em bons bate-papos, preocupações, emoções e alegrias.

Prof^a. Eleonora Menicucci de Oliveira: doutora em Sociologia, orientadora deste estudo. Aceitou-me como orientando e introduziu-me no mundo fascinante do método de pesquisas qualitativas e das Representações Sociais — universo do simbólico, das metáforas e das práticas discursivas. Com competência e talento, soube sugerir valiosas modificações no presente estudo, possibilitando o seu término. Sou especialmente grato!

Prof^a. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos: doutoranda em Enfermagem pela UFSC. Ofereceu-me sua amizade desde os tempos em que cursamos o Mestrado em Enfermagem na UFPB, contribuindo de todas as formas para o desenvolvimento deste

estudo.

Prof^a. Maria Lúcia Pereira de Castro: ex-chefe do Departamento de Enfermagem da UFPE. Assumiu o compromisso pessoal de, em caso de minha aprovação no Programa de P's-Graduação da UNIFESP/EPM, liberar-me das atividades docente para cursar o doutorado, o que de fato aconteceu.

Aos professores do Departamento de Enfermagem da UFPE e, em especial, aos da área Materno-Infantil: Joana Araújo da Rocha Barros, Inês Maria Tenório, Marly Jovorski, Luciana Pedrosa Leal, Cleide Pontes e Maria Goreti Lucena de Vasconcelos pelo apoio durante a realização deste estudo.

Prof^o. David Lopes Neto: doutorando em Enfermagem pela UFC, sua amizade e seus conhecimentos na área da Enfermagem contribuíram para o desenvolvimento das idéias iniciais do projeto deste estudo.

Prof^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega: doutora em Enfermagem, amiga que partilhou comigo da exuberante experiência de ocuparmos o mesmo recinto de atividades discentes, durante o mesmo Curso de Doutorado em Enfermagem.

Prof^a. Nara Terezinha Bogaski: mestra em Enfermagem, amiga sincera. Desde que a conheci, em 1997, vem apoiando-me em todos momentos, estimulando-me ao meu contínuo crescimento profissional e pessoal.

Prof^a. Ângela Maria e Silva e Wladimir Leonello Dezebrom: mestra em Enfermagem e contabilista, respectivamente. Um grande casal amigo proporcionando-me carinho, conforto e me presenteou com suas amizades, além de partilhar-me da convivência harmoniosa

em seu apartamento, no início do Curso de Doutorado em Enfermagem.

Prof^a. Maria Célia De Santi: doutora em Pedagogia, uma grande amiga leal. Reservou seu valioso tempo para ler este estudo, esboçando talento ao sugerir importantes modificações nele. É para mim, um exemplo de dedicação e amor pelo aprendizado, tocando minha vida com o seu amor, respeito e dedicação ao ser humano. Sou muito grato!

Sr^a. Elba Francelino dos Santos, Sr. Luciano de Araújo Teixeira, Sr. José Marcos da Silva e Sr. Haldson Siqueira Campos: funcionários do Departamento de Enfermagem da UFPE. Pessoas competentes e valiosas que com seus apoios, mesmo à distância, contribuíram para a viabilidade deste estudo.

Prof^o. Laerte Pereira da Silva: mestre em Letras. Com sensibilidade e competência, procedeu a revisão da linguagem deste estudo.

Aos diretores, vice-diretores, docentes e demais funcionários da Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Prof^a. Alice de Almeida Carneiro: possibilitaram-me a realização deste estudo acadêmico.

Em especial, cada um dos jovens que participou deste estudo, oferecendo-me uma síntese significativa de parcela de suas vidas, com os depoimentos prestados.

A CAPES/PICDT pela concessão da bolsa de estudos.

SUMÁRIO

| | pág. |
|---|------|
| RESUMO | |
| ABSTRACT | |
| PARTE I | 15 |
| 1. INTRODUÇÃO | 16 |
| 1.1. Da trajetória percorrida à definição dos objetivos do estudo | 16 |
| 2.1. A síndrome da imunodeficiência adquirida: aspectos gerais..... | 29 |
| 2.2. As epidemias do vírus da imunodeficiência humana e da síndrome da imunodeficiência adquirida em jovens..... | 50 |
| PARTE II | 58 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO | 59 |
| 2.1. Tudo começa com o exercício da sexualidade..... | 59 |
| 2.2. A Teoria das Representações Sociais..... | 66 |
| PARTE III | 76 |
| 3. CONSTRUÇÃO DO MÉTODO..... | 77 |
| 3.1. O tipo de estudo e o método de pesquisa | 77 |
| 3.2. Os atores sociais e o contexto da pesquisa | 78 |
| 3.3. A técnica de entrevista | 79 |
| 3.4. Análise dos dados, construção e definição das categorias | 80 |
| PARTE IV | 83 |
| 4. OS ATORES SOCIAIS | 84 |
| 4.1. Apresentando os atores sociais | 84 |
| PARTE V | 86 |
| 5. REFLEXÕES PROCESSUAIS DO MÉTODO DE PESQUISA..... | 87 |
| 5.1. O que relatar sobre o método de pesquisa escolhido? | 87 |

| | |
|--|-----|
| 5.2. A elaboração do roteiro de pesquisa semi-estruturado | 90 |
| 5.3. Da coleta de informações à trajetória percorrida | 93 |
| 5.4. Onde e como as entrevistas aconteceram? | 98 |
| 5.5. E o que relatar sobre a tarefa de analisar as informações coletadas? | 100 |
| PARTE VI | 104 |
| 6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 105 |
| 6.1. Os resultados sendo analisados e discutidos..... | 105 |
| PARTE VII | 154 |
| 7. CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES FINAIS | 155 |
| PARTE VIII | 164 |
| 8. PROPOSTA EDUCATIVA..... | 165 |
| 8.1. Proposta educativa sobre as práticas de sexo mais seguro, o hiv e a aids .. | 165 |
| PARTE IX | 179 |
| 9. REFERÊNCIAS..... | 180 |
| PARTE X | 189 |
| 10. APÊNDICES..... | 190 |

RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, fundamentado nos conceitos da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici (1978) e seguidores, com o objetivo de conhecer as representações elaboradas pelos jovens do sexo masculino de uma escola estadual de ensino fundamental e médio da cidade de João Pessoa (PB), a respeito de práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids, visando-se a buscar subsídios para compreender, modificar e/ou complementar a natureza das informações relacionadas com as práticas de sexo mais seguro, o HIV e a aids, as quais, encontram-se imbricadas em fatos percebidos e culturalmente construídos nas relações de gênero, enfatizando-se a visão psicossocial neste campo de investigação. A adoção de um referencial teórico-metodológico, para orientar a pesquisa, possibilita ao pesquisador dispor do conjunto de conceitos que compõem determinada teoria científica, para captar com maior precisão a essência do fenômeno em estudo. A escolha desta Teoria para servir como referência e método de investigação e exposição, justifica-se não apenas pela complexidade do problema a ser investigado, mas, pelo fato de atender a uma visão de mundo partilhada pelo pesquisador. Empregou-se a técnica de entrevista com roteiro semi-estruturado, elaborado a partir dos objetivos deste estudo, com vinte e um jovens, no período de outubro de 1997 a junho de 1998, mediante agendamento prévio, com data e horário marcados, segundo suas disponibilidades. Para a análise das informações empregou-se parte da técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977) por dois motivos precípuos: por ser uma técnica que se aplica a toda e qualquer comunicação com transferência de significados de um emissor a um receptor e porque utiliza procedimentos sistemáticos para descrever os conteúdos das mensagens e extrair deles indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens. Como resultado foram definidas duas categorias: 1) O entendimento sobre as Práticas de Sexo Mais Seguro e 2) O entendimento sobre o HIV e a aids. Os resultados apontaram a diversidade de significados e uma tendência a homogeneização sobre o entendimento dos jovens em relação as práticas de sexo mais seguro, ao HIV e a aids de tal maneira que suas falas apresentaram características peculiares e evocaram significados semelhantes convergindo-se em alguns pontos centrais da análise que traduziram as representações dos temas investigados, possibilitando a elaboração de uma proposta educativa e preventiva.

Palavras chaves: sexo masculino; sexo; sexualidade; jovens; representações sociais

ABSTRACT

The present study of a qualitative research nature was based on concepts included into the Social Representation Theory as developed by Serge Moscovici et al., (1978) and carried out within a Fundamental and Intermediate level State School located in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil. It was intended to survey and carefully examine the difficult questions concerning the adherence of male youngsters to safe sex practices, and at the same time, search for adequate subsidies to understand, modify, and/or supplement the nature of informations related to HIV and AIDS. Those informations are imbricated into the perceived and culturally constructed facts through gender relationships, thus emphasizing the psychosocial view in this area of investigation. The adoption of a theoretical-methodological referent to guide this study capacitated the investigation to organize the concepts' sets which compose a given theory and also capture with highest accuracy, the essence of the phenomenon under study. Choosing this theory concepts to serve either as a referent and an investigative and expositive method in this study, is then justified not only for complexity or the problem to be investigated but also because it is compatible with the investigators' world view. A semi-structured interview based in the present study's propose was the technique used in order with 21 male youngsters from October 1997 to June 1998; the interviews were previously ascertained according to each the subjects' availability. Results were attained by the use or part of the Content Analysis (Bardin, 1997) technique viewing that this technique may be applied to any communication with the transference of meanings from an issuing agent to a receiver an also because it makes use of systematic procedures to describes the messages' content and thus able to extract from them the indicators which allow to infer the knowledge related to the these messages' production condition, known as one of she Social Representation theory goals two categories could be defined: 1) Understanding the safer sex practices; 2) Understanding HIV and AIDS. Results showed the diversity of meaning and an harmonization tendency concerning the youngsters' understanding of safe sex practices, HIV and AIDS while their discourses showed peculiar characteristics and conjured similar meanings converging to some central points of the analysis which expressed the representation of the investigated themes enabling the elaboration of educational and preventive proposal.

Palavras chaves: male sex; sex; sexuality; young; social representations

1. INTRODUÇÃO

1.1. *Da trajetória percorrida à definição dos objetivos do estudo*

Inicialmente, descreverei as minhas experiências relacionadas com o campo de conhecimento que construí com a Ciência da Enfermagem, como docente-assistencial, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), localizada no Município de Campina Grande (PB), na qual, era integrante até o início de 1997, possibilitando-me a manter os primeiros contatos com jovens¹ de comunidades periféricas urbanas — e no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizado no Município de Recife (PE), no qual, integro o quadro de docentes, desde 1995. Por outro lado, descreverei, a partir de minha dissertação de Mestrado Aspectos Biopsicossociais na Sexualidade dos Adolescentes: Assistência de Enfermagem, o meu caminho percorrido até a elaboração deste estudo, de natureza metodológica qualitativa, na área da sexualidade de jovens escolarizados do sexo masculino, de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio da Cidade de João Pessoa (PB).

O meu percurso acadêmico na Enfermagem se deu por interesse próprio em iniciar o Curso de Auxiliar de Enfermagem² por correspondência, oferecido pelas Escolas Associadas, quando cursava o ensino médio na cidade de Campina Grande, em janeiro de 1981, que teve a duração de seis meses. Minha percepção inicial sobre a assistência de Enfermagem limitava-se a assistir clientes em instituições nosocomiais, embora buscasse ampliar o espaço para uma atuação profissional mais autônoma, possibilitando-me a ajudar o ser humano no entendimento dos processos saúde—doença/doença—saúde. Neste sentido, acreditava que, desta maneira, ele poderia gerir melhor a sua saúde.

¹ Com base em Keniston (1973), optei pelo emprego do termo *jovem* neste estudo, ao sugerir que a juventude seja classificada como um período típico do desenvolvimento humano, um estágio de vida entre a adolescência e a idade adulta. Para este autor, é o próprio grupo de jovens que, nas sociedades desenvolvidas, apresenta-se com características próprias e distintas; por isso, prefere conceituar como pertencentes a juventude as pessoas que estão nesta faixa de idade, abandonando as expressões aproximativas de “*adolescência tardia*” ou “*adulto jovem*”.

² Curso legalizado pelo Conselho Federal de Educação, nos termos do artigo 24, alínea b, da lei n.º 5622 de 11 de agosto de 1971 e do parecer n.º 699/72 do referido Conselho.

A partir de então, determinei que, quando concluísse o ensino médio, faria o exame vestibular para o Curso de Enfermagem. Fi-lo, em 1983, e fui aprovado para iniciá-lo no primeiro semestre de 1984, na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Campus I, localizado no Município de João Pessoa (PB). Graduei-me em meados de 1988 e, em seguida, iniciei o Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica, concluindo-o em 1989, com o título de Especialista em Enfermagem Pediátrica. Enquanto graduando, iniciei o Curso de Licenciatura em Enfermagem, concluindo-o no mesmo ano do Curso de Especialização, obtendo o título de Licenciado em Enfermagem.

De posse dos títulos acadêmicos acima especificados, passei a refletir no que a Enfermagem poderia oferecer-me para que me possibilitasse caminhar rumo ao crescimento pessoal e profissional, ao proporcionar assistência de Enfermagem aos clientes na área da prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde, no âmbito individual, familiar, comunitário ou hospitalar. Entretanto, não havia despertado para o interesse na área de Ensino, mesmo tendo concluído o Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Em 1991, exerci a função de Auxiliar de Ensino em Nível I (Professor Substituto) na Faculdade de Enfermagem da UEPB, permanecendo até o início de 1992, quando realizei concurso público, fui aprovado e ocupei a função de Professor Assistente em Nível I. Esta mantinha um projeto de pesquisa de extensão universitária sendo desenvolvido por docentes e discentes no Núcleo Interdisciplinar de Atendimento Materno-Infantil (NIAMI) com os comunitários da Vila dos Teimosos³. As ações de saúde desenvolvidas baseavam-se em programas do Ministério da Saúde, cujo enfoque, centrava-se na Saúde Materno-Infantil. O Núcleo estava situado próximo à Faculdade, no qual, desenvolvíamos atividades relacionadas com o ensino, a pesquisa e a extensão universitária.

No decorrer de atividades práticas de Enfermagem com os discentes matriculados na disciplina Enfermagem em Pediatria Social, eu e a professora Simone Elizabete Coutinho, despertamo-nos para o interesse em

³ O nome Vila dos Teimosos foi denominado assim, porque as casas foram construídas no leito do açude de Bodocongó. Quando é época de inverno, acontece enchente e as águas invadem as casas, obrigando muitos moradores a abandonarem seus recintos. Passado esse período de inverno, os moradores voltam a ocupar seus recintos. Isto acontece todas as vezes que há inverno e o açude enche.

desenvolvermos um estudo piloto relacionado com os exercícios da sexualidade dos jovens a partir de fatos relatados por alguns moradores da Vila dos Teimosos. Diante disso, resolvemos formar dois grupos de jovens, de ambos os sexos, com idades entre os 10 aos 15 anos, para discutirmos semanalmente sobre Como exercer sua sexualidade de maneira mais responsável e prazerosa na adolescência? Propusemos-lhes a esclarecer as dúvidas que surgissem e que de fato, surgiram! Muitas destas, estavam relacionadas com a anatomia, fisiologia, relações sexuais, processos de fecundação e de gravidez, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids⁴), dentre outras.

Atualmente, apesar de se acreditar que, falar sobre temas relacionados com os exercícios da sexualidade está se tornando “uma coisa natural”, jovens ainda sentem vergonha e medo em discuti-los em domicílio ou em local público. Estes, geralmente, não expõem suas dúvidas, curiosidades ou seus sentimentos, talvez, por medo de serem discriminados pelos adultos ou membros do próprio grupo. Por outro lado, há garotas que preferem discuti-los sem a presença de garotos, que, também, não ficam a vontade na presença de garotas. Este fato aconteceu conosco e, em virtude disso, embora tentamos uni-los convidando-lhes a participarem de reuniões mistas, o que não deu certo, resolvemos separá-los, cabendo-me a responsabilidade de iniciar trabalhos educativos com palestras e oficinas educativas sobre os exercícios da sexualidade com o grupo de jovens do sexo masculino.

Passada esta experiência com os jovens, elaborei o *artigo* Ensinando a Conviver com a Sexualidade: Um Estudo sobre a Sexualidade dos Adolescentes da Comunidade Vila dos Teimosos, Campina Grande (PB), o qual, foi apresentado em eventos científicos nacionais. Diante disto, resolvi aprofundar os meus conhecimentos na área da sexualidade de jovens e elaborei, em 1993, o projeto de pesquisa Aspectos Psicobiológicos e Sociais na Sexualidade do Adolescente: Assistência de Enfermagem, para ser submetido à avaliação da comissão de seleção do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública

⁴ Optei por utilizar a grafia **aids**, com letras minúsculas, pois, como define o Center Disease for Control and Prevention (CDC, 1998), **Aids** é uma doença e não uma síndrome – Acquired ImmunoDeficiency Syndrome (AIDS) que sobrevém como resultado da infecção pelo HIV que provoca a diminuição das defesas do organismo, favorecendo ao aparecimento de patologias ditas “oportunistas”. Assim sendo, a sigla perde seu significado e a aids iguala-se as demais doenças, graves ou não, escritas com letras minúsculas.

da UFPB. Fui aprovado e, em 1994, iniciei-o, no qual, elaborei alguns artigos relacionados com a área da adolescência, que em seguida foram apresentados em eventos científicos nacionais e, dentre eles, destaco:

- 1) O Adolescente e a AIDS: Aspectos Epidemiológicos
- 2) Sexualidade dos Adolescentes
- 3) Sexualidade Humana nas Abordagens Teóricas da Enfermagem
- 4) Proposta Educativa sobre Sexualidade para os Adolescentes da Escola Rotary Nova Descoberta, da Cidade de Recife – PE
- 5) Prostituição na Adolescência: Aspectos Epidemiológicos
- 6) Diagnósticos de Enfermagem no Processo de Sexualidade Humana Fundamentada na Teoria de Jean Watson

No final do Curso, em 1996, apresentei minha dissertação que para sua elaboração objetivei, a partir de uma abordagem metodológica quantitativa, averiguar o conhecimento dos adolescentes da Escola Rotary Nova Descoberta da Cidade do Recife (PE), sobre os temas relacionados com a sexualidade humana nos aspectos biopsicossociais, visando a elaborar um Plano de Intervenções de Enfermagem⁵. Os resultados deste estudo possibilitaram-me a elaboração do Plano, após a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem⁶ Déficit de Conhecimento sobre Sexualidade e Déficit de Conhecimento sobre as DSTs e a Aids.

Em 1995, na condição de professor convidado, surgiu a oportunidade para eu ministrar aulas teóricas e práticas para os discentes do Departamento de Enfermagem da UFPE. Em seguida, foram abertas as inscrições do concurso público para o preenchimento de vagas para diversas áreas de conhecimento da Enfermagem, para o qual, inscrevi-me e submeti-me as provas de currículo, escrita e teórico-prática da área Materno-Infantil. Fui

⁵ De acordo com Gettrust e Brabec (1991) as Intervenções de Enfermagem são tratamentos, opções e ações. Estas três atividades os enfermeiros utilizam-nas para contribuir com seus fatores selecionados, com base nos resultados esperados para fins de pesquisas.

⁶ Diagnóstico de Enfermagem é um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou dos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem base à seleção das intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 1990).

aprovado e, logo em seguida, contratado para ocupar a função de docente no quadro permanente desta Instituição.

Com o meu ingresso na UFPE e as exigências universitárias de qualificação docente, proporcionou-me a oportunidade para eu elaborar, em 1996, o seguinte projeto de tese de doutoramento: Ensino-Aprendizagem sobre Sexualidade na Adolescência: Feed-Back Construtivo à Luz da Teoria de Enfermagem de Jean Watson para ser submetido à avaliação pela Comissão de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIFESP/EPM. Fui aprovado e iniciei-o em março de 1997, cursando três disciplinas, dentre estas, Seminários de Pesquisa II. Foi estabelecido pela Prof^a. Dr^a. Eleonora Menicucci de Oliveira que após concluí-la elaboraria um projeto de pesquisa, o qual, apresentei-o como trabalho final para obter conceito e, posteriormente, constituindo-se no presente estudo.

Este estudo tem como fio condutor um imperativo fundamental, a saber: dar continuidade aos meus estudos iniciados no Curso de Mestrado em Enfermagem da UFPB, buscando subsídios para compreender, modificar e/ou complementar a natureza das informações relacionadas com as práticas de sexo mais seguro⁷, o HIV e a aids, as quais se encontram imbricadas em um contexto sóciohistórico e cultural, cujos campos de possibilidades de apreensões das informações estão restritos à medida que as experiências de vida acontecem no decorrer do tempo. Portanto, isto representa uma contribuição significativa e específica da Enfermagem para a elaboração de uma proposta educativa e preventiva relacionada com o tema em estudo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992) considera os jovens como seres que integram um grupo prioritário para o desenvolvimento de ações educativas e preventivas de saúde mediante a propagação do HIV e da aids, devido as seguintes complexidades de fatores:

1) Estes se encontrarem em constantes situações de risco da saúde devido à vulnerabilidade⁸ de se infectarem com o HIV.

⁷ Ao longo deste estudo, adotei a definição elaborada pela Society for Human Sexuality (1997), para o termo "Sexo Mais Seguro": é o sexo que quase não demanda risco para a transmissão de doenças ou injúrias sexuais. Quando são usadas barreiras efetivas nos intercursos vaginal, anal e oral (cunnilingus/analingus/fellatio), e na penetração manual os riscos diminuem nestas práticas tanto para quem as dá quanto para quem as recebe.

⁸ De acordo com Ayres (1997) o conceito de vulnerabilidade atribuído ao HIV e a aids pode ser descrito, em linhas gerais, como um esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas de

2) O grande período de incubação do vírus que propicia o retardamento de algumas patologias indicativas para o diagnóstico da aids fazendo com que a taxa anual da incidência de casos em pessoas dos 13 aos 19 anos, tenha como valor relativo, o indicador da soroprevalência e de possíveis práticas sexuais de maiores riscos da saúde.

3) O fato de que grande parte deste grupo se encontra na faixa dos 20 aos 24 anos. Isto representa dez por cento de todos os casos de aids, podendo significar que a contaminação ocorreu no início da juventude. Justifica-se este fato em virtude de o período de incubação do HIV poder ser estimado em 10 ou mais anos para a soroconversão.

4) A presença crescente de DSTs, nas pessoas dos 13 aos 24 anos, caracteriza uma condição favorável a contaminação com o HIV.

5) A precocidade de práticas sexuais sem o uso de preservativos, as atitudes, as crenças e os valores frente aos exercícios da sexualidade podem se consolidar para a adoção ou não de práticas de sexo mais seguro.

Considerando estas complexidades de fatores psicossociais e culturais especificadas acima, as quais contribuem para facilitar ou dificultar a adesão de jovens do sexo masculino com as práticas de sexo mais seguro e nos entendimentos do HIV e da aids, elaborei os seguintes objetivos:

1) Conhecer as representações elaboradas pelos jovens do sexo masculino de uma escola estadual de ensino fundamental e médio da cidade de João Pessoa (PB), a respeito de práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids.

2) Compreender as representações elaboradas pelos jovens do sexo masculino sobre a adoção de práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids.

3) Aprender as representações sobre a adoção de práticas de sexo mais seguro, o HIV e a aids elaboradas pelos jovens à luz dos conceitos da teoria das Representações Sociais de Moscovici (1978) e seguidores.

1.2. Definição do problema

No momento atual é imprescindível a inclusão de questões sobre os exercícios da sexualidade de jovens do sexo masculino, nos programas de saúde preventiva dos governos Federal, Estadual e Municipal, da sociedade civil e política e, principalmente, da mídia — que forma opiniões e determina comportamentos. Tudo isso em face das mudanças nos valores morais e normas sociais que estão em processo acelerado de mudanças, tornando mais difícil o seu acompanhamento, onde estes procuram se exercitar plenamente na sexualidade, rompendo padrões, tabus e preconceitos sobre o sexo e suas práticas, descobrindo maneiras novas e diferentes de alcançar mais prazer sexual, com menos risco de exposição ao HIV e outras DSTs. Estas maneiras compreendem práticas eróticas que tornem uma relação mais segura, estimulante, satisfatória e sem culpa porque evitam o contato com os fluidos e secreções corporais entre os parceiros.

Por outro lado, não se tem logrado obter, efetivamente, um estilo de desenvolvimento social mais justo, economicamente mais eficiente, sexualmente mais prudente. O modelo econômico neoliberal do país tem determinado no Estado da Paraíba, e, especificamente, na Cidade de João Pessoa, um quadro social grave. Tal quadro leva a miserabilização da maioria da população, a não atuação mais eficiente de profissionais especialistas, o desperdício de recursos materiais e a desconstrução de parâmetros para os exercícios da sexualidade mais prazerosa e responsável entre os jovens. Os relacionamentos afetivos e/ou sexuais poderiam ser vivenciados de maneira enriquecedora tanto pessoal quanto mútua, com base na escolha informada e na tomada de decisões maduras e responsáveis. Assim, os/as jovens poderiam se proteger e proteger os/as outros/as dos riscos de infecção com os agentes etiológicos que provocam as DSTs.

Considerando que alguns especialistas apontam a juventude como uma fase de descobertas, transformações e crises⁹ fica fácil entender as razões

⁹ Erikson (1976), observa que durante o processo de desenvolvimento normal, o jovem passa por períodos de crise, e a adolescência é uma destas crises vitais. Define o sentido não patológico desta palavra que culmina por designar a adolescência como uma crise normativa, ou seja, o adolescente atravessa por um processo onde ele está procurando se organizar, e se estruturar de uma maneira diferente. A adolescência é uma fase bastante conturbada, marcada por

pelas quais os jovens se encontram expostos à situações de maiores riscos da saúde. Vale notar que a palavra crise vem do grego *krisis*, que significa ato ou faculdade de distinguir, escolher, decidir ou resolver. Atualmente, já perdeu qualquer significado negativo. Gerald Caplan em sua obra *Princípios de Psiquiatria Preventiva* com sua teoria da crise, contribuiu para tornar claro que tais momentos fazem parte do desenvolvimento normal do ser humano e que apenas apontam para passagens em que, por circunstâncias internas (adolescência, climatério, etc.) ou externas (acidentes, mortes, mudanças, aposentadoria, casamentos, divórcios, etc.) a pessoa é obrigada a rever e renovar seus padrões de ajustamento ao meio, uma vez que suas antigas soluções, já não são mais adequadas para a nova situação. A crise pode fortalecer ou fragilizar a personalidade. Tudo depende de como a pessoa conseguir atravessar e elaborar aquela situação nova (Eisenstein, Fagim, 1991; Gir, Moriya, Figueiredo, 1994; Ayres, 1998).

A gravidade das DSTs, entre os jovens, não permitem temporização. Dão-lhes a urgência para motivá-los e encorajá-los a adotarem práticas de sexo mais seguro com a finalidade de evitarem a auto contaminação e/ou a contaminarem aos/as outros/as com as DSTs, o HIV e a aids. Há concordância entre especialistas que as questões de prevenção em saúde com os/as jovens se conseguem obtê-las com maior eficácia, na promoção de mudanças reais de comportamentos sexuais de risco, mediante valorização de um estilo de vida mais saudável e responsável. A escola, instituição cuja competência primordial é contribuir com a formação moral e intelectual de crianças, jovens e adultos, se constitui em um espaço privilegiado para a construção e a transmissão de novos conhecimentos na área da sexualidade, possibilitando-lhes a formação de atitudes indispensáveis para a adoção de estratégias preventivas de saúde, estimulando-os/as a um amplo processo participativo, ajudando-os/as a terem uma visão positiva da sexualidade, a desenvolverem comunicações mais objetivas nas relações interpessoais, elaborando seus próprios valores a partir de pensamentos racionais e críticos, compreendendo o seu e o comportamento do/a outro/a, tomando decisões mais

maduras e responsáveis, a partir de conhecimentos adquiridos e de atitudes formadas frente às várias questões relacionadas com os exercícios da sexualidade (Eisenstein e Fagim, 1991; Gir, Moriya e Figueiredo, 1994; Ayres, 1998).

Portanto, este estudo requer pontos de partida para a adoção de novas políticas públicas e educativas apropriadas a este contexto, que emana de decisões políticas contrárias às variadas formas de dependência externa, consoante à capacidade organizacional desta e o engajamento do enfermeiro como “construtor” de novos conhecimentos no âmbito da sexualidade de jovens do sexo masculino. No entanto, esta é uma tentativa de concretização da harmonia e de nova racionalidade preconizadas acima, que se constitui no momento de síntese das iniciativas e competências regional e de Enfermagem — até então existentes, mas, desarticuladas —, para a implementação de uma proposta educativa e preventiva de saúde relacionada com a adoção de práticas de sexo mais seguro e as epidemias do HIV e da aids na assistência à saúde de jovens escolarizados.

O meu compromisso com a minha Região de origem (Nordeste), foi o que me levou a realizar este estudo em João Pessoa, com todas as implicações de sobrecarga que isso pudesse acarretar e pesar, o que de fato acarretou e pesou. Vale notar que, optei por trabalhar com jovens escolarizados do sexo masculino, explorando as temáticas de práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids devido à minha limitação de tempo nos confrontos com a vastidão e complexidade do tema exercícios da sexualidade humana e por acreditar que as entrevistas seriam melhores conduzidas diante de um pesquisador do mesmo sexo dos entrevistados.

O interesse pessoal em desenvolver este estudo surgiu tanto pela necessidade de buscar respostas para os problemas com os quais me deparei ao longo de minha atuação profissional, como docente-assistencial, nos Cursos de Enfermagem da UEPB e da UFPE, quanto pelos fatos de constatar o grande vazio, na área da Enfermagem, a respeito de pesquisas referentes a adoção de práticas de sexo mais seguro de jovens do sexo masculino e, também, a escassez de trabalhos científicos realizados no País, mormente no Nordeste,

sobre o tema em estudo.

Os empregos dos conceitos teóricos sobre Representação Social de Moscovici (1978) e seguidores, no presente estudo, servirão como base para tornar consistentes as representações dos jovens sobre a adoção de práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids elucidando aspectos da comunicação nos exercícios da sexualidade destes, colocando-se na intersecção entre o individual e o social e na interface entre o conhecimento e a prática. De acordo com Moscovici (1978:28) Representação Social é “um corpo organizado de conhecimentos a uma das atividades psíquicas graças as quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserem-se em um grupo ou em uma ligação cotidiana de trocas e liberam os poderes de sua imaginação”. Ela envolve a realidade do sujeito no seu processo de socialização, na medida em que seus pensamentos e suas atitudes são compartilhadas no decorrer deste processo. Esclarece ainda que a necessidade da construção das representações vem da necessidade dos sujeitos se ajustarem, se conduzirem, identificarem e resolverem os problemas que lhes são evidenciados (Moscovici, 1976).

Jodelet (1989:36) define Representação Social como “(...) uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (...)”. Desta maneira, estas se constituem em formas de conhecimento prático que contemplam o saber do senso comum e de orientações para a ação que, por sua vez, engloba uma rede de representações que ligam o objeto ao contexto.

De acordo com Vala (1993:31), Representação Social “é uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um elemento prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”, que no caso desse estudo, são as representações que os jovens têm a respeito de práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids.

Segundo Minayo (1993) as Representações Sociais não são, necessariamente, conscientes. Elas perpassam o conjunto da sociedade ou de um grupo social, como algo anterior e habitual que se reproduz e se modifica, possuindo elementos do passado, ao mesmo tempo em que incorporam o

presente e projetam o futuro.

De acordo com Spink (1993) as Representações Sociais são formas de conhecimento, mas, que não se reduzem, jamais, aos componentes cognitivos. Elas são socialmente elaboradas, compartilhadas e contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação. Estas são, em última instância, um processo de produção de sentido. Constitui-se em núcleos estruturantes, ou seja, esquemas organizados das interpretações e das comunicações que não só possibilitam a compreensão social como orientam à ação.

Assim sendo, as Representações Sociais podem ser sociais tomadas como matéria prima para o entendimento da vida mental individual e coletiva. Estas são processos na construção de conhecimentos que não as reduzem a apreensão do real a um ato vivido individualmente e as analisam no intercâmbio das histórias individual e social do indivíduo (Spink, 1993).

Portanto, dado o meu interesse em levar a efeito o presente estudo, procurando que o resultado, por mínimo que seja, possa ser efetivamente útil tanto para a minha tarefa pessoal diária de ensino, como para os discentes e os docentes, com os quais convivo e com que, no dia-a-dia, divido os esforços de compreensão da realidade e de buscas de intervenções nela, este estudo deve ficar à disposição dos jovens que o procure e creio estar somando uma contribuição pequena, sim, mas, válida, bem delimitada e precisa, ao campo da pesquisa da representação de jovens sobre a adoção de práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids, no país. Espero que ele marque o início de uma série de outros trabalhos, mas, sobretudo, quero que ele seja o marco de um compromisso acadêmico e pessoal com a transformação de padrões de relacionamentos homem/mulher na sociedade que nos cerca nos exercícios da sexualidade.

Entender a complexidade das relações sociais e culturais que interferem na adoção de práticas de sexo mais seguro e nos entendimentos do HIV e da aids de jovens do sexo masculino constitui o objeto de estudo desta tese, que para dar conta do mesmo, elaborei os seguintes questionamentos norteadores:

Os jovens que estudam na Escola Estadual de 1º e 2º Graus da Cidade de João Pessoa receberam informações dos principais atores sociais (pai, mãe, irmãos, amigos, etc.) sobre como conduzir sua sexualidade de maneira a favorecer, dificultar ou impossibilitar a adoção de práticas de sexo mais seguro?

Eles conhecem a natureza do HIV e da aids?

Eles realizam práticas sexuais de risco que possam se infectar com o HIV?

Quais as práticas sexuais de risco para infecção pelo HIV destes jovens?

Eles adotam medidas de prevenção para si e para os/as outros/as?

As práticas sexuais de baixo risco para infecção pelo HIV são valorizadas positivamente pelos jovens?

As drogas são usadas como incrementos para a realização de práticas sexuais de risco para infecção pelo HIV?

Há dificuldades para a adoção de práticas de sexo mais seguro?

Há associação entre práticas de sexo mais seguro e diminuição ou ausência do prazer sexual?

Eles necessitam desenvolver habilidades para o uso correto e contínuo das camisinhas nas relações sexuais?

Eles necessitam desenvolver habilidades de comunicação para negociarem práticas de sexo mais seguro?

Eles conhecem e têm acesso aos Postos de Saúde e/ou aos materiais que favorecem as práticas de sexo mais seguro?

Percebo que estas questões acima formuladas envolvem aspectos sócio-culturais relacionados com as práticas sexuais, o HIV e a aids entre jovens nos exercícios da sexualidade, difíceis de se obter respostas mediante aplicação de instrumentos de medida adequados à pesquisa quantitativa. Como pode ser visto, as razões para eu realizar este estudo não existem em um vácuo e suas definições e significados devem ser examinados a partir da perspectiva de quem o desafia. Compreendê-las, significa imergir na realidade daqueles que se

exercitam na sexualidade, inseridos em sua cultura, imbuídos com suas concepções e visões de mundo, elementos que me remetem a esfera dos conceitos das Representações Sociais.

2.1. A síndrome da imunodeficiência adquirida: aspectos gerais

2.1.1 Histórico

No mundo a aids se constitui em um dos problemas mais graves e urgentes de saúde pública, com amplas dimensões sociais, culturais, econômicas, políticas, éticas e legais. Esta doença tem gerado grandes preocupações para a sociedade devido ao crescente número de casos notificados de morbidade e letalidade em crianças, jovens e adultos, principalmente, do sexo feminino em idades produtivas e reprodutivas. A cada ano, 333 milhões de pessoas sexualmente ativas, na faixa etária dos 15 aos 59 anos se contaminam com algumas DSTs provocadas pelos vírus do Herpes Simples (VHS), do Papiloma Vírus Humano (HPV), e da Imunodeficiência Humana (HIV), das bactérias *Neisseria Gonorrhoeae*, *Treponema Pallidum* e *Chlamydia Trachomatis*, dentre outras (Mann, Tarantola e Netter, 1993; Who, 1995; Rachid e Schechter, 1996; CDC, 1998; CDC, 1998; SIECUS, 1998; WHO/UNAIDS, 1999; UNAIDS, 1999).

A aids doença foi inicialmente descrita em 1981, a partir do diagnóstico de cinco pessoas com pneumonia por *Pneumocystis carinii* e, também, em vinte e seis pessoas acometidas com o *Sarcoma de Kaposi* que se apresentavam aos serviços de saúde de dois grandes centros americanos — São Francisco e Nova Iorque. Estas duas entidades nosológicas, antes restritas basicamente a pessoas idosas, de origem mediterrânea, como no caso do Sarcoma de Kaposi e pacientes debilitados com neoplasias malignas, como na pneumonia por *Pneumocystis carinii*. Estas pessoas eram jovens do sexo masculino, com orientações afetivas e sexuais homossexual e bissexual, que chamaram a atenção dos especialistas do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos Estados Unidos da América (EUA), quanto ao surgimento de uma nova entidade nosológica que se caracterizava por depleção acentuada do sistema imunológico, propiciando ao aparecimento de várias afecções de caráter

oportunista, neoplásicas e/ou infecciosas (Gottlieb, Schroff, Schanker, et al., 1981, CDC, 1981f, 1981g; Mann, Tarantola e Netter, 1993).

Até o final de 1981 a aids havia sido diagnosticada apenas em pessoas com orientações afetiva-sexual homossexuais e bissexuais do sexo masculino, dando a impressão que sua etiologia tivesse relação com suas práticas sexuais, com freqüentes exposições a esperma, uso de nitratos para melhorar o desempenho sexual, infecções por citomegalovírus, herpes e ou outras doenças de transmissão sexual. Esta doença, pelas suas manifestações epidêmicas iniciais, foi denominada nos EUA, pelo CDC, de GRID (Gay Related ImmuneDeficiency), isto é, uma doença relacionada com os homossexuais e bissexuais. Em consequência, a sociedade, incluindo parcela considerável da comunidade científica, assumiu postura preconceituosa contra estas pessoas, dando ensejo ao uso do termo "peste gay" para a nova doença, invariavelmente fatal (Mann, Tarantola e Netter, 1993; Greco, Castro Neto e Tupinambá, 1993; Parker et al., 1994).

Em contrapartida, ainda em 1982, vários casos de aids foram descritos em pessoas que tinham sido transfundidas com sangue ou com hemoderivados contaminados e em usuários de drogas injetáveis endovenosas. No ano seguinte, em 1983, novas categorias somaram-se às já conhecidas: adultos da África Central receptores de transfusões sangüíneas e crianças nascidas de mães com aids ou usuárias de drogas endovenosas (Clumeck, Mascart, De Maubeuge, et al., 1983; Curan, Lawrence, Jaffe, et al., 1984, Mann e Welles, 1984).

A esta altura, a epidemia se disseminava rapidamente, e, apesar de não se conhecer ainda o agente etiológico, os estudos epidemiológicos puderam definir que a transmissão era semelhante ao do vírus da hepatite B, ou seja, pelo sangue, relação sexual e da mãe infectada para o filho, o que possibilitou as autoridades de saúde pública elaborarem recomendações preventivas coerentes e objetivas para a população em geral (Mann e Welles, 1984).

2.1.2. A Identificação do agente etiológico

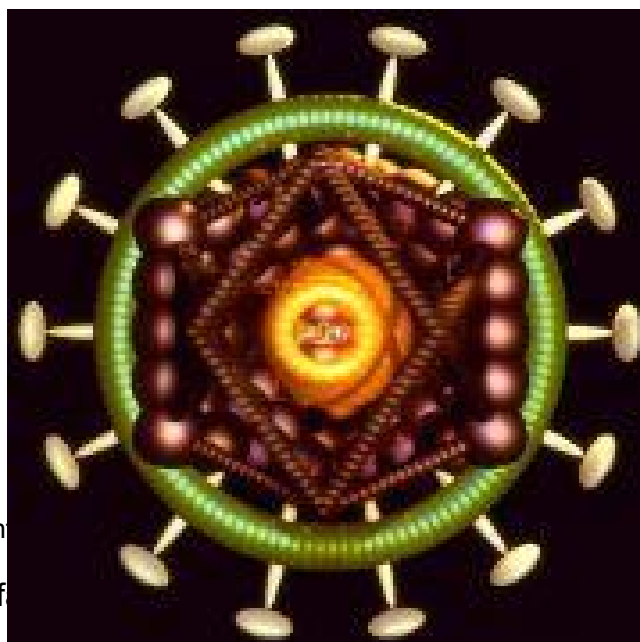
A aids é uma doença causada por um retrovírus, o HIV, que compromete pessoas até então saudáveis, as quais, evoluem com grave deficiência do sistema imunológico, acompanhada de infecções oportunistas e/ou de certos tipos de neoplasias malignas. A diferença entre a infecção pelo HIV e a aids é que uma pessoa pode estar infectada pelo HIV e viver muitos anos sem apresentar sérios problemas de saúde e se confundir com sintomas e sinais de outras patologias mais comuns entre a população. A aids é a etapa mais grave da infecção, que, geralmente, se apresenta até 10 ou mais anos após a contaminação com o HIV (OPS/OMS, 1993; Mann, Tarantola, Netter, 1993; Greco, Castro Neto e Tupinambá, 1993; Parker et al., 1994; WHO, 1995; CDC, 1997, 1998).

Em 1983, o agente etiológico da aids foi inicialmente isolado na França, no Instituto Pasteur de Paris, pela equipe coordenada pelo Dr. Luc Montagnier, em pacientes que apresentavam aumento de gânglios linfáticos, o que lhe valeu a denominação de LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*). Logo em seguida, no Instituto Nacional do Câncer em Bethesda Maryland (EUA) o vírus foi isolado no laboratório dirigido pelo Dr. Robert Gallo, recebendo a denominação HTLV-III (*Human T-Lymphotropic Retrovirus*), em função de suas descobertas anteriores sobre outros retrovírus causadores de leucemia em humanos. Em 1986, passou-se a usar a denominação unificada de HIV-1 (*Human Immunodeficiency Virus*) em substituição a HTLV III e LAV. Ainda neste ano foi relatado o isolamento de novo retrovírus em pacientes da África Ocidental com aids, denominado HIV-2, que mostrava semelhança muito maior com o vírus SIV (*Simian Immunodeficiency Virus*) do que o HIV-1 (Gallo, Sarin, Gelmann, et al., 1983).

O HIV pertence a família do retrovírus que, por sua vez, pertence a super família dos retrovírus lintrópicos. Os retrovírus constituem uma família enorme de vírus, que causam doenças em animais de todos os níveis da escala biológica. É um vírus muito frágil quando exposto ao meio ambiente. Porém, quando no interior das células, linfócitos e macrófagos, por exemplo, torna-se bastante resistente. O HIV apresenta simetria icosaédrica, medindo de 100 a 200 nm. Apresenta um envelope com uma superfície externa, uma interna e uma

porção central, denominada "core" viral (vide figura 1) (Langone, 1991; Grady, 1992; OPS/OMS, 1993; Mann, Tarantola e Netter, 1993; Parker et al. 1994; Mandell, Bennett e Dolin, 1995; Lima et al., 1996; Rachid e Schechter, 1996; CDC, 1997, 1998; Haseltine e Wong-Staal, 1988).

Figura 1 — Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)



Fon

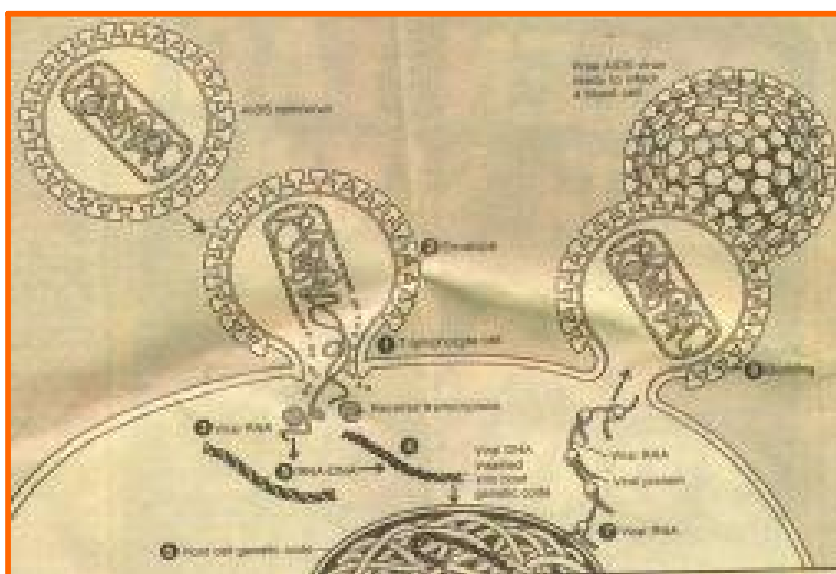
A função do material genético contido em uma molécula de Ácido Ribonucleico (RNA), e uma enzima específica, a transcriptase reversa. Este RNA transcreve-se em Ácido Desoxirribonucleico (DNA) próviral a partir do qual poderá ser realizada a replicação. A capacidade de mutação destes vírus é grande. No caso de HIV é de, aproximadamente, 5 vezes a do vírus da gripe. No processo de multiplicação dos retrovírus, no qual há a "transcrição reversa" dos ácidos nucleicos, ocorre relativamente grande número de erros. Após alguns ciclos em cultura, 3% das bases são alteradas. Os

retrovírus sofrem muitas mutações, que os tornam com características antigênicas diferentes do vírus original, sendo difícil encontrar dois retrovírus idênticos. No entanto, de forma geral, a reatividade cruzada é grande entre eles, o que torna possível, por exemplo, o emprego de uma variedade de vírus para o diagnóstico de infecção pelo HIV (Haseltine e Wong-Staal, 1988; Greenberg, 1989).

2.1.3 Ação do hiv ao penetrar no organismo

Haseltine e Wong-Staal (1988), afirmam: logo após o HIV penetrar no organismo, deve se ligar a células que tenham receptores específicos para elas, que são os CD4. Este receptor é uma proteína que está presente em células do *Sistema Fagocítico-Mononuclear*. A ligação *vírus-célula* é essencial para a sobrevivência do vírus. Este liga-se através de suas gp de superfície (receptor viral), ao CD4 da célula (receptor celular) ocorrendo fusão dos envelopes viral e celular (o envelope viral é de constituição lipoproteica semelhante à membrana celular) e o genoma viral (RNA) é internalizado, isto é, alcança o interior da célula. O genoma viral vai ser transcrito em DNA, mediante a transcriptase reversa e, a seguir, integrar-se ao genoma celular, podendo ficar latente ou induzir a produção de proteínas virais (vide figura 2).

Figura 2 — Ação do HIV no sistema fagocítico-mononuclear no organismo



Fonte: AIDS Virus, third edition (Art)ⁿ Laboratory, 1989.

Em situações normais, no momento em que o linfócito T4 é ativado, por exemplo, pela presença de qualquer antígeno estranho, o genoma celular é

requisitado para coordenar a produção de proteínas. No caso desta célula estar contaminada pelo HIV, o genoma viral terá sido integrado ao celular, podendo ocorrer uma "explosão" de produção de partículas virais. Portanto, a estimulação do Sistema Imunológico, que deveria resultar em uma defesa e oferecer proteção a pessoa, no caso dos pacientes infectados pelo vírus HIV, leva à produção de mais vírus (Haseltine e Wong-Staal, 1988; Greenberg, 1989).

Algumas células, como os linfócitos T4, têm muitos receptores CD4 em sua superfície, o que as tornam alvo fácil para os vírus HIV. Nestas células, o vírus penetra, multiplica-se e é liberado. Outros tipos de células, como os macrófagos e células do Sistema Nervoso Central, não apresentam receptores CD4 em sua superfície, porém, podem ser infectadas pelo HIV. Diferente dos linfócitos, não há efeito citopático nos macrófagos. Estes poderiam, então, ser causa de infecção latente, funcionando como reservatório de vírus (Haseltine e Wong-Staal, 1988; Greenberg, 1989).

2.1.4. O isolamento do vírus e sua transmissão

O HIV já foi isolado no sangue, no líquido pré-ejaculatório, no sêmen, nas secreções cérvico-vaginais, na urina, na saliva, na lágrima, no leite materno, nos fluidos cérebro-espinhal e no líquido amniótico. Porém, as evidências epidemiológicas mundiais indicam que apenas o sangue, o sêmen, as secreções cérvico-vaginais e o leite materno, são as fontes de infecção do HIV. Alimentos, água, insetos e contatos casuais não transmitem o HIV. Do mesmo modo não foram documentados casos de transmissão pela saliva. Observa-se, aliás, que o HIV é raramente encontrado na saliva e, quando presente, ocorre em pequena quantidade, como partícula viral extracelular. Esta constatação confirma os resultados de estudos epidemiológicos que mostram ser a infecção por contato casual praticamente inexistente, mesmo entre membro da família expostos a saliva de pessoas infectadas. A transmissão por via sexual do HIV pode ocorrer nas relações heterossexuais, homossexuais e bissexuais, possibilitando a transmissão não apenas nas relações com penetração anal e/ou vaginal, mas, também na felação e no cunnilingus (Grady, 1992; Greco, Castro Neto e Tupinambá, 1993; Parker et al., 1994; Mandell, Bennett e Dolin, 1995; Lima et al.,

1996; Rachid e Schechter, 1996; Planned Parenthood, 1997; Villela, 1997; CDC, 1997, 1998).

2.1.5. Estágios da doença aids

Composta de estágios, a doença aids passa por um período de incubação, que é caracterizado como a pré aids ou "Aids Related Complex" (ARC), até atingir o estado de aids doença, quando a pessoa passa a ser acometida por outras infecções, principalmente, as oportunistas. As manifestações clínicas da aids apresentam-se como consequência do dano produzido pelo vírus ao sistema imunológico. Em 50% destas pessoas, os sintomas se apresentam dentro dos 10 anos seguintes à infecção inicial. Nos adultos, os sintomas graves, em geral, não se apresentam antes dos 2 anos da infecção inicial (Fan, Connor e Villoreal, 1991; Grego, 1993; Parker et al., 1994; Silber, D'Angelo e Woodward, 1995, Lima et al., 1996; Rachid e Schechter, 1996; CDC, 1997; CDC, 1998; WHO/UNAIDS. 1998).

A aids doença, de maneira geral, manifesta-se clinicamente como um quadro sindrômico de emagrecimento, febre, diarreia persistente, queda do estado geral associado a infecções oportunistas. Nas pessoas contaminadas pela via sexual a doença se manifesta, além deste estado sindrômico geral, por infecções oportunistas, neurológicas e presença do sarcoma de Kaposi. Nas pessoas que se contaminaram via parenteral, que é o caso dos Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs), hemofílicos e pós transfusionais, costumam existir outras infecções associadas. As endocardites e as infecções bacterianas não são raras e a tuberculose passa a ser bastante recorrente. O aumento das doenças ginecológicas, infecções inflamatórias pélvicas e aumento do câncer cervical que ocorre atualmente nos USA, atingem em mais de 80% as mulheres UDIs ou parceiras de UDIs (Des Jarlais e Friedman, 1994; OMS, 1995).

Existe um esforço dos especialistas para se caracterizar o momento em que uma pessoa infectada pelo HIV transpõe a barreira ARC para aids doença. Esta caracterização é cercada de grande importância, tanto clínica como epidemiológica, por orientar as ações terapêuticas e colaborar nas avaliações

epidemiológicas (Fan, Connor e Villoreal, 1991; Veronese, 1991; Mann, Tarantola e Netter, 1993; OPS/OMS, 1993; Mandell, Bennett e Dolin, 1995).

Foi proposto pelo CDC (1992) um sistema de classificação de infecções causadas pelo HIV, no qual, objetiva caracterizar as formas de manifestação da infecção pelo HIV e da doença aids. Este sugere uma divisão por faixa etária: os menores de 13 anos — aids pediátrico — os maiores ou igual a 13 anos — aids em adolescentes e adultos — apoiada nas características da infecção, nas manifestações clínicas e condições imunológicas (CDC, 1994).

Existem três classes de manifestações clínicas da aids: as infecções, os distintos tipos de cânceres, e os efeitos diretos do vírus sobre o organismo. Entre as infecções oportunistas, as mais freqüentes são um tipo de pneumonia ou infecções dos pulmões causados por um protozoário denominado *Pneumocystis carinii*. Calcula-se que, quase a metade dos pacientes de aids, apresentará esta infecção. Além do mais, outras infecções podem ser causadas por outros vírus (*citomegalovirus*), bactérias (*Bacilo de Koch*), e outros microorganismos: os fungos e as leveduras (por exemplo, as espécies de cândidas) (Fan, Connor e Villoreal, 1991; Veronese, 1991; Mann, Tarantola e Netter, 1993; OPS/OMS, 1993; Mandell, Bennett e Dolin, 1995).

Um dos tipos de cânceres mais freqüentes nos pacientes com aids é o Sarcoma de Kaposi. Este, geralmente, manifesta-se como lesões cutâneas nos braços e pernas — alguns afetam, também, os órgãos internos — e, em estágios mais avançados, se disseminam por todo o organismo. Além do mais, deste tipo de câncer, outros de apresentação freqüente são os linfomas, que se originam no sistema linfóide, e que se manifestam por um infartamento da rede ganglionar (Fan, Connor e Villoreal, 1991; Veronese e 1991; Grady, 1992; Mann e Welles, 1992; Greco, Castro Neto e Tupinambá, 1993; Mann, Tarantola e Netter, 1993; OPS/OMS, 1993; Mandell, Bennett e Dolin, 1995).

Para se chegar ao diagnóstico de aids Veronese (1991), Mann, Tarantola e Netter (1993), OPS/OMS (1993), Mandell, Bennett e Dolin (1995) afirmam: deve-se levar em conta o quadro epidemiológico, o conjunto de sintomas e sinais presentes, a ocorrência de doenças secundárias à imunodeficiência e a soropositividade confirmada para o HIV. Eis a descrição abaixo:

1) Estadiamento — É uma sistematização didática que traduz os estágios clínicos que a infecção pode atingir no organismo humano. Desde o contato com o vírus, até o desenvolvimento da doença, o período de incubação pode durar mais de 15 anos. Embora clinicamente assintomáticos, as pessoas portadoras do HIV podem transmitir a infecção em qualquer um dos estágios: I, II, III e IV.

2) Doenças Associadas — O diagnóstico de aids pode também ser orientado pelas doenças mais freqüentes encontradas nos pacientes, como consequência da imunodepressão causada pelo HIV.

3) Diagnóstico Laboratorial — Vários testes estão disponíveis para a sorologia da aids. O mais utilizado é o ELISA, que detecta anticorpos a um amplo espectro de proteínas virais. O teste tem 99,5% de segurança. Entretanto, é recomendável repetir o teste com resultados positivos. A detecção de anticorpos HIV por ELISA ocorre geralmente de três a doze semanas após a infecção, mas, em alguns casos a soroconversão somente é detectada após 6 meses ou mais. Geralmente, a pessoa permanece soro positivo durante todo o intercurso da doença. Em crianças não infectadas de mães infectadas, os anticorpos persistem por cerca de 20 meses após o nascimento e depois não são mais detectados.

Outras provas importantes no diagnóstico da infecção são a contagem de linfócitos T4, a relação entre T4 e T8 e a concentração de microglobulina β_2 . Esta proteína presente na superfície celular é encontrada em altas concentrações nos soropositivos. Estes testes refletem a rapidez da lise de células infectadas.

Além do ELISA, os testes mais utilizados nas provas sorológicas são:

1) Western-Blot (WB, Immunoblot) — É usado para confirmar o diagnóstico de soropositividade detectado pelo ELISA e suspeitos de falsos-negativos.

2) Imunofluorescência Indireta (IFA) — Também utilizado para confirmar testes.

3) Radioimunoprecipitação (RIA/RIPA) — Utilizado, principalmente, na pesquisa de vírus.

4) Reação da cadeia de polimerase, amplificação do gene (PCR) — O teste amplifica seqüência de ADN proviral, que pode ser detectado por sondas radioativas.

5) Teste de captura do antígeno P24 — Indica a replicação viral (deve ser interpretado sempre com o teste ELISA).

6) Teste de Imunoblot Recombinante (RIBA/HIV) — Este teste detecta anticorpos anti P24.

2.1.6. Tratamento específico do hiv/aids com drogas antiretrovirais

O tratamento específico da infecção pelo HIV tem sido cada vez mais estudado. Até o momento, não se produziu nenhum medicamento que eliminasse o vírus de pessoas portadoras do HIV e/ou doentes de aids. Porém, já está sendo testada em seres humanos uma vacina que previna ou diminua a ação do vírus no organismo. De maneira geral, o desenvolvimento de qualquer vacina passa pelas fases do desenvolvimento em laboratório, experimentos em cobaias e, por fim, em seres humanos.

De acordo com Mann et al., (1992) uma das grandes dificuldades dos cientistas em não se ter fabricado uma vacina eficaz contra o HIV reside no fato de o vírus apresentar uma grande variedade morfológica. No entanto, existem algumas estruturas que são conservadas que permitiriam ser desenvolvidos no hospedeiro um mecanismo de defesa, transformando-se em um ponto vulnerável para o vírus. Várias entidades desenvolveram as vacinas não só com finalidade de profilaxia, mas, terapêutica e perinatal. A vacina profilática tem o objetivo de produzir no organismo condições favoráveis no reconhecimento e na defesa contra o HIV quando houvesse caso de exposição pela primeira vez. No caso da vacina terapêutica o objetivo é de estimular o sistema imunológico da pessoa já infectada. Por fim, o objetivo da vacina perinatal é o de bloquear a transmissão da mãe infectada para o feto (Mann, Tarantola e Netter, 1993).

Desde que a etiologia da aids foi relacionada com um retrovirus,

houve um grande avanço no desenvolvimento de esquemas terapêuticos com o emprego de drogas antiretrovirais. Os análogos nucleosídeos foram os primeiros a ser estudados e liberados para o uso clínico. Estes estudos têm evoluído rapidamente com a descoberta de novas drogas que agem em diferentes pontos do ciclo vital do HIV, permitindo, também, a utilização de esquemas terapêuticos com associação de outras drogas. Inicialmente os antiretrovirais investigados foram os análogos nucleosídeos e sua atividade antiviral ocorre pela inibição da transcriptase reversa e supressão da replicação do HIV, pelo bloqueio da síntese do DNA viral (Pan American Health Organization/World Health Organization, 1991; OMS, 1995; Brasil, Ministério da Saúde, 1988, 1991).

Atualmente, os antiretrovirais são classificados em:

1) Inibidores da transcriptase reversa de primeira geração, análogos nucleosídeos, tais como: a zidovudina (AZT), a didanosina (ddl), a zalcitabina (ddC) e a estavudina (d₄T).

2) Os de segunda geração, como a lamivudina (3TC).

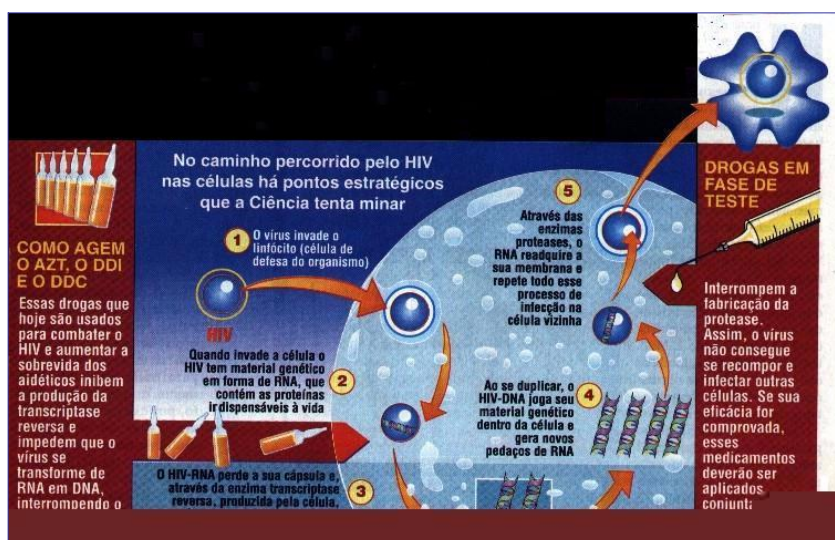
3) Os não análogos nucleosídeos, como a nevirapina e os inibidores de proteases, tais como, o saquinavir, o indinavir e o ritonavir.

Estas drogas apresentam atividades comprovadas na diminuição da replicação do HIV, *"in vitro"*, diminuição da antigenemia P24 e aumento no número de células T com marcador CD4+. O esquema pode ser visto na figura 3 (BRASIL, Ministério da Saúde, 1988, 1991); Pan American Health Organization/World Health Organization, 1991; Veronese, 1991; Mann, Tarantola e Netter, 1993; OPS/OMS, 1993; Oliveira, 1994; Mandell, Bennett e Dolin, 1995).

O AZT foi a primeira droga a ser estudada e aprovada para o tratamento da infecção pelo HIV. É bem tolerada e absorvida por via oral, com biodisponibilidade de 60% e meia vida intracelular de 3 a 4 horas, o que permite sua administração a intervalos a cada 8 ou 12 horas. Tem excelente capacidade para transpor a barreira hemato-encefálica, atingindo níveis no líquido cefalorraquidiano de cerca de 55% a 70% dos níveis séricos. Atualmente, os antiretrovirais utilizados atuam inibindo a replicação viral por algum tempo aumentando a sobrevida do soro positivo (BRASIL, Ministério da Saúde, 1988;

Veronese, 1991; Mann, Tarantola e Netter, 1993; OPS/OMS, 1993; Mandell, Bennett e Dolin, 1995).

Figura 3 — Esquema de atuação dos medicamentos antiretrovirais



Fonte:

ISTO É, 1994.

Alguns marcadores laboratoriais têm sido utilizados por especialistas para a indicação inicial do uso do tratamento antiretroviral: a determinação dos linfócitos T com marcadores CD₄⁺ e CD_g⁺, a β_2 microglobulina, a antigenemia P₂₄ e a determinação da carga viral, obtidas pela técnica de PCR (reação em cadeia de polimerase). Estes marcadores realizados periodicamente são importantes, também, para as modificações dos esquemas terapêuticos e para o acompanhamento de sua resposta clínica e eficácia (Redfield, Wright e Tramont, 1986; Fischl, Richman, Grieco et al., 1987; Anderson et al., 1990; Fahey, Taylor, Detels et al., 1990; Fischl, Richman, Causey et al., 1989).

2.1.7. Epidemiologia mundial do hiv e da aids

Novos casos de aids têm sido cada vez mais notificados em diversas regiões do mundo, desde que foram preconizados testes sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV. A partir do início da pandemia, na década final de 1970, 34.3 milhões de pessoas já foram contaminadas com o HIV e adoeceram de aids, sendo a transmissão por via sexual responsável por 75% dos

casos. Destes, 33 milhões foram adultos, 15.7 milhões de mulheres e 1.3 milhões de crianças abaixo dos 15 anos. Entre os adultos, 57% são do sexo masculino. Estimou-se que, no mundo, até o final do ano 2000, cerca de 67 milhões de pessoas teriam sido infectadas pelo HIV (WHO, 1995; Coalition For Preventive Sexuality, 1997; WHO/UNAIDS, 2000).

Cerca de 18.8 milhões de pessoas já morreram vítimas de aids desde o início da epidemia e 13.2 milhões de crianças ficaram órfãs de mães vítimas de aids. No decorrer de 1999, 5.4 milhões de pessoas adoeceram de aids, sendo 4.7 milhões de adultos. Destes, 2.3 milhões de mulheres e 620.000,00 crianças. Uma em cada 3 crianças órfãs pela aids está abaixo dos 5 anos (WHO/UNAIDS, 2000).

No Brasil, de acordo com o Sistema de Vigilância Epidemiológica, em 1982, foram diagnosticados como os primeiros doentes de aids, sete homens de orientação afetiva sexual homossexual. Um caso foi reconhecido, retrospectivamente, no Estado de São Paulo, como ocorrência de 1980 e o não registro de pacientes em 1981, podem ser devido a subnotificação, a não formulação diagnóstica ou mesmo a não ocorrência de casos, uma vez que a epidemia da infecção pelo HIV encontrava-se no seu curso inicial (Brasil, Ministério da Saúde, 2000).

A aids, no Brasil, apresenta mudanças no perfil epidemiológico no decorrer dos anos. É preocupante o aumento de casos de aids em jovens sexualmente ativos e em idades reprodutivas. Este crescimento surgiu de maneira significativa, a partir de 1985. Levando-se em consideração o período de incubação do HIV, cerca de dez anos, pode-se deduzir que a introdução do vírus no País deve ter ocorrido na década de 70 e sua difusão, em um primeiro momento, entre as principais áreas metropolitanas do centro-sul, seguida de um processo de disseminação para as diversas macrorregiões na primeira metade da década de 80 (Brasil, Ministério da Saúde, 1997, 1999, 2000).

Apesar de o registro de casos em todas as Unidades Federadas, a maioria das ocorrências ainda concentra-se na Região Sudeste. O Brasil está entre os dez primeiros países no mundo em números absolutos de casos notificados de HIV/aids. A partir do primeiro caso registrado em 1980, a doença

vem apresentando taxas crescentes de incidência anual, tendo sido notificados até junho de 2000, 190.949 casos, com uma taxa de incidência geral acumulada de 132.1 por 100.000 habitantes; tem havido predomínio de casos em pessoas do sexo masculino com 142.649 *versus* 47.874 do sexo feminino. Tem-se observado que os coeficientes de incidência no sexo masculino vêm diminuindo com o aumento do número de casos em mulheres, pois, em 1983 a proporção de homens em relação à de mulheres era de 13:1 e, em 2000, é de 3:1 (Brasil, Ministério da Saúde, 2000).

Para facilitar o entendimento do quadro das pessoas afetadas com o HIV/aids no Brasil, tomou-se conveniente categorizar a população em exposição, utilizando-se a classificação do Boletim Epidemiológico de AIDS do Ministério da Saúde, onde se demonstram casos acumulados entre 1980 e 1999 dividindo-se em quatro categorias:

Quadro I — Casos acumulados de aids, entre 1980 e 2000, utilizando-se a classificação do Boletim Epidemiológico de AIDS do Ministério da Saúde, Brasil.

| CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO | | |
|-------------------------------|----------------|---------------|
| SEXUAL | 75.153 | 23.960 |
| <i>HOMOSSEXUAL</i> | 33.366 | — |
| BISSEXUAL | 18.571 | — |
| HETEROSSEXUAL | 23.216 | 23.960 |
| SANGÜÍNEA | 31.656 | 8.084 |
| UDI | 28.820 | 6.809 |
| HEMOFÍLICO | 1.261 | — |
| TRANSFUSÃO | 1.575 | 1.275 |
| PERINATAL | 2.636 | 2.773 |
| IGNORADO⁽¹⁾ | 33.555 | 13.131 |
| TOTAL | 143.000 | 47.949 |

* Dados preliminares até 03/06/2000 sujeitos à revisão.

(1) O caso não foi investigado ou foi investigado sem ser caracterizado o seu tipo de exposição.

(2) Para manutenção da série histórica por categoria de exposição, o critério hierarquizado de classificação foi mantido nesta tabela.

A distribuição de casos de aids e coeficientes de incidência (taxa por 100.000 habitantes) no Brasil, de acordo com a confirmação diagnóstica nas cidades, é verificada a predominância dos casos na região *Sudeste* com 133.264 (210%), *Sul* com 28.199 (131%), *Centro-Oeste* com 9.216 (102,1%), *Nordeste*

com 16.950 (40,9%) e *Norte* com 3.320 (36,4%).

São as seguintes cidades brasileiras com maiores Coeficientes de Incidência: Itajai (SC), Balneário Camboriu (SC), São José do Rio Preto (SP), Ribeirão Preto (SP), Santos (SP), Florianópolis (SC), Porto Alegre (RS), São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Campinas (SP), Cuiabá (MT), Niterói (RJ), Uberaba (MG), Curitiba (PR), Franca (SP), Blumenau (SC), Rio Grande (RS), Guarulhos (SP), Joinville (SC), Goiânia (GO), Vitória (ES), Recife (PE), Belo Horizonte (MG), Brasília (DF), Salvador (BA), Fortaleza (CE), Vila Velha (ES), Maceió (AL), Olinda (PE), São Luís (MA), Manaus (AM), Aracaju (SE), Natal (RN), Jaboatão (PE), Teresina (PI) e João Pessoa (PB).

Em relação ao *Grupo Etário* e *Sexo*, foram registrados, nos grupos dos 10 aos 12 anos, 213 casos de aids no sexo masculino e, 77, no feminino; dos 13 aos 14 anos, 208 no sexo masculino e, 57, no feminino; dos 15 aos 19 anos, 2.681 no sexo masculino e, 1.336, no feminino; dos 20 aos 24 anos, 13.734 no sexo masculino e, 6.315, no feminino.

No Estado da Paraíba, de acordo com os dados da Secretaria da Saúde do Estado (2000), durante o período de junho de 1985 a junho de 2000, foram notificados 1.062 casos de aids: 815 ocorridos em homens e 247 em mulheres.

Distribuindo estes casos, de acordo com a categoria sexual, temos a distribuição entre as subcategorias de sujeitos heterossexuais com 547 casos, homossexuais com 202 e bissexuais com 233 casos.

No que se refere a Faixa Etária, foram registrados 20 casos em pessoas dos 10 aos 19 anos; 326 dos 20 aos 29 anos; 428 dos 30 aos 39 anos; 192 dos 40 aos 49 anos. No entanto, do total de casos notificados, 470 pessoas já foram a óbito, sendo 371 do sexo masculino e 99 do feminino.

De acordo com Brasil, Ministério da Saúde (2000), desde o início da epidemia, o grupo etário mais atingido tem sido o dos 20 aos 39 anos, perfazendo 70,1% do total de casos identificados como aids e notificados ao Ministério da Saúde, até junho de 2000. Ao longo do período, observa-se um progressivo aumento da frequência relativa de pacientes mais jovens (dos 20 aos 29), com

tendência à estabilização, a partir de 1991.

A escolaridade tem sido utilizada como uma variável indireta (*proxi*), na tentativa de expressar o perfil socioeconômico dos casos notificados, embora, ainda, seja elevado o percentual de escolaridade ignorada. A totalidade dos casos notificados com escolaridade conhecida, até 1982, era de nível superior, ou de ensino médio. Nos dois anos subseqüentes, foram observadas freqüências de 83 e 84%, e de 76% em 1985, como pertencentes a esse grupo; ao passo que, apenas, 24% dos casos com informações disponíveis sobre escolaridade eram analfabetos, ou tinham cursado até o ensino fundamental. A tendência de aumento de registro de pacientes de menor grau de escolaridade vem-se mantendo ao longo do período; em 1994, constata-se que 69% dos casos eram analfabetos ou tinham cursado até o ensino fundamental; e apenas 31% tinham cursado até o ensino médio ou eram de nível superior (Castilho, Chequer, 1997).

Embora a epidemia de aids ainda esteja concentrada entre as populações de adultos das regiões mais ricas do País, observa-se um aumento dos casos notificados com escolaridade menor que 8 anos ou sem qualquer instrução. Parece que, pela tendência observada no Brasil, as populações já tradicionalmente marginalizadas, sobre as quais recaem a grande maioria das doenças endêmicas e as patologias decorrentes da fome e da ausência de saneamento, estão, cada vez mais, infectando-se com o HIV; como fator agravante adicional, ressalte-se o fato das dificuldades naturais que esta camada social enfrenta, para ascender aos serviços de saúde, à informação em geral e para a saúde, de um modo particular. Este último aspecto, somado às prioridades definidas por esta população (prioridades estas impostas pela necessidade e voltadas para a sobrevivência no dia-a-dia), dificulta, sobremodo, as ações que visem à prevenção através da adoção de práticas seguras e do diagnóstico precoce da doença (Castilho, Chequer, 1997).

2.1.8. A Prevenção do hiv e da aids

Todas as formas de transmissão do HIV e da aids são preveníveis. O controle destas epidemias requer, essencialmente, programas de educação para a saúde. Até que se descubra sua cura, a prevenção continuará sendo a

arma mais importante para se lutar contra este vírus e a aids (Veronese, 1991; Mann, Tarantola e Netter, 1993; OPS/OMS, 1993; Mandell, Bennett e Dolin, 1995; CDC, 1997; CDC, 1998; WHO/UNAIDS. 1998).

A OPAS e a OMS (1993), afirmam: de maneira simplista, como em outras doenças infecto-contagiosas, o controle da aids se baseia na tríade:

1) Tratamento: tratamento drogas eficazes para eliminar os reservatórios do vírus.

2) Prevenção, sob as seguintes iniciativas:

2.a) Interrupção da transmissão sexual;

2.b) Testar todo o sangue a ser transfundido e evitar a utilização de subprodutos contaminados.

2.c) Esterilizar todo o material contaminado e, quando possível, utilizar material descartável.

2.d) Interromper a transmissão materno-fetal.

2.e) Esterilizar ou utilizar seringas e agulhas descartáveis pelas pessoas que utilizam drogas endovenosas.

Segundo Villela (1997) o controle da epidemia do HIV exige mudanças nos comportamentos sexuais de risco. Para que isto ocorra, a população precisa saber que existe uma epidemia, que cresce rapidamente e atinge diferentes estratos da sociedade. Há, portanto, a necessidade de que esta população seja provida de informações corretas, atualizadas e livres de preconceitos, que permitam compreender que todos, individualmente, estão sob um certo risco. Recomenda, ainda, que a população tenha a certeza da possibilidade de prevenção da epidemia, através de materiais preventivos como os preservativos e as seringas descartáveis. No entanto, a população precisa dispor da aprovação social para o uso destes materiais de prevenção, cabendo aos serviços de saúde, em sua dupla atribuição de promover e tratar as doenças, ser parte integrante de qualquer proposta de prevenção do HIV e da aids. Os órgãos governamentais e as organizações não governamentais (ONGs) precisam

estar bem articuladas e considerar a prevenção contra o HIV, qualquer que seja o nível de sua atuação.

De acordo com Villela (1997), duas perspectivas teóricas norteiam estas iniciativas:

1) A comportamentalista, que, no caso da aids, privilegia o uso do preservativo, a partir de métodos e técnicas que facilitam ou estimulam o seu uso.

2) A participativa, na qual, o uso do preservativo é o resultado de um processo de tomada de consciência da responsabilidade individual e para com o/a parceiro/a. Neste sentido, as técnicas usadas tendem a priorizar o debate e a reflexão sobre as diferentes questões que envolvem os exercícios da sexualidade.

Entre os modelos comportamentalistas mais empregados na prevenção contra o HIV e aids podem ser citados:

1) O Modelo de Crenças em Saúde, no qual, os riscos e as conseqüências de um dos comportamentos serão confrontados com as idéias relativas com a saúde que, para o indivíduo, justificam seu ato. É útil, para checar distorções de informações e de práticas equivocadas sobre a autoproteção, decorrentes de crenças e de hábitos. Serve ainda para identificar obstáculos pessoais para a adoção de práticas de sexo mais seguro.

2) O Modelo de Redução dos Riscos, no qual, será feita uma auto-avaliação da capacidade de lidar com os fatores que propiciam o comportamento de risco e a avaliação custo-benefício de cada atitude, mais arriscada ou mais preventiva. É útil para estimular o compromisso individual com as práticas sexuais mais seguras.

3) O Modelo dos Estágios de Mudança, que pressupõe o reconhecimento da prática sexual desprotegida como um problema do indivíduo, o desejo de mudança e desencadeamento do processo de adoção do novo comportamento. Mais do que os outros, este modelo é marcadamente condutivista.

4) A Teoria da Ação Racional, segundo a qual, o indivíduo deve analisar criticamente seu comportamento, considerando as intenções, os sentimentos e a percepção das opiniões alheias que o levam a ter relações sexuais desprotegidas. É útil para ajudar na discriminação do que leva a correr riscos e a mudar sua prática.

Existem restrições a estas abordagens que, de uma forma ou de outra, enfocam apenas o indivíduo e desvestem o sexo de suas múltiplas e complexas significações. Além disso, há um relativo consenso à respeito da dificuldade de manutenção dos comportamentos preventivos de saúde adotados imediatamente após as intervenções. No Brasil, ao lado das estratégias voltadas para a transmissão de informações — com ou sem uso de técnicas facilitadoras da aprendizagem — verifica-se grande ênfase no uso de metodologias que acessem os determinantes afetivos e social da prática sexual. São as chamadas “abordagens participativas”. Seu pressuposto é a participação ativa do indivíduo na crítica e na transformação dos valores e das normas sociais que o condicionam a ter um dado comportamento sexual (Villela, 1997).

A aids ainda prospera às custas da falta de informações claras e objetivas sobre esta doença e na resistência a mudanças reais de comportamentos de risco. Por isto, devem ser planejadas estratégias destinadas a todos os setores e grupos da população com o objetivo de que sejam realmente eficazes. Para que se cumpram adequadamente com estes propósitos, estas estratégias têm que insistir na necessidade de mudanças de comportamentos de riscos e, quando possível, prover os meios para o acerto e manutenção (Mann, Tarantola e Netter, 1993; OPS/OMS, 1993; CDC, 1997; CDC, 1998).

Neste contexto, Gir, Moriya e Figueiredo (1994) afirmam: apesar da hipervalorização de esforços envidados à aids, com certeza este não se constitui no maior e nem no único problema de saúde pública que a humanidade inclui em sua trajetória; não obstante, configura-se como um relevante problema que traduz o futuro dos infectados em incertezas, dificuldades e desafios. Portanto, merece orientação especial, pois, vem, sobretudo, afetando predominantemente pessoas em faixas etárias jovens, a ele impondo debilidades físicas, psíquicas,

emocionais e, principalmente, sociais, conferindo aos portadores do vírus a carga expressiva de preconceito e estigma.

1.3. As epidemias do vírus da imunodeficiência humana e da síndrome da imunodeficiência adquirida em jovens

Na atualidade, as DSTs e a magnitude da propagação do HIV e da aids, em crianças e jovens, são, dentre outros, os mais graves problemas de saúde que lhes atingem. É cada vez maior a importância atribuída pelos especialistas aos jovens que se contaminam com o HIV nos exercícios da sexualidade. Desde 1982, a incidência de HIV e de aids entre eles, tem aumentado, paralelamente ao aumento do número de casos de morbidade e de mortalidade em crianças e adultos. As pessoas infectadas com o HIV podem permanecer completamente assintomáticas durante um longo período ou podem apresentar sintomas e sinais passageiros que desaparecem espontaneamente. Isto pode acontecer em um período que varia de 10 ou mais anos (OMS, 1995; Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996; CDC, 1998).

Os jovens que começam a apresentar comportamentos de risco da saúde para a infecção pelo HIV, tais como relações sexuais desprotegidas com múltiplos/as parceiros/as, uso de drogas em idades precoces, estão mais vulneráveis ao HIV e outras DSTs. Atribui-se a isto, dentre outros fatores, as alterações sociais crescentes ocorridas nas últimas décadas, como consequência do aumento da urbanização, que influencia sobre os padrões de conduta dos exercícios da sexualidade humana, induzido pelos meios de comunicação massiva, ocasionando maior fragilidade das estruturas familiares (OPS/OMS, 1993; Araújo, 1996; CDC, 1997, 1998; UNAIDS, 1998).

De acordo com Ayres (1997), o conceito de vulnerabilidade atribuído ao HIV e a aids pode ser descrito, em linhas gerais, como:

“Um esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de pessoas e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para o seu enfrentamento”.

No plano individual, a avaliação de vulnerabilidade ocupa-se, basicamente, dos comportamentos que criam a oportunidade de se infectar e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV (relação sexual, uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea e transmissão vertical e perinatal). Considera, entretanto, que os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não podem ser entendidos como decorrência imediata da vontade das pessoas, mas, relacionam-se ao grau de consciência que estas têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e ao poder de transformação efetiva de comportamentos a partir desta consciência. O plano programático refere-se à existência de ações institucionais especificamente voltadas para o problema da aids, e a vulnerabilidade é apreendida aqui por aspectos como:

- 1) Compromisso das autoridades locais com o enfrentamento do problema
- 2) Ações efetivamente propostas por estas autoridades
- 3) Coalização interinstitucional e intersetorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho, etc.), para atuação específica
- 4) Planejamento das ações
- 5) Gerenciamento destas ações.
- 6) Capacidade de resposta das instituições envolvidas
- 7) Financiamento adequado e estável dos programas propostos
- 8) Continuidade dos programas
- 9) Avaliação e retro-alimentação dos programas, etc.

Já no plano social, a vulnerabilidade vem sendo avaliada através de aspectos como:

- 1) Acesso à informação
- 2) Quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação locais
- 3) Acesso e qualidade dos serviços de saúde

4) Comportamento de indicadores epidemiológicos, como o coeficiente de mortalidade infantil; aspectos sócio-políticos e culturais, como a situação da mulher (menores salários, ausência de legislações de proteção específica, exposição à violência; restrições de exercício de cidadania, etc.)

5) Grau de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade destas pessoas se fazerem ouvir nas diversas esferas decisórias

6) Grau de prioridade política (e econômica, portanto) dada à saúde

7) Condições de bem-estar social, como moradia, escolarização, acesso a bens de consumo, entre outros (Ayres, 1997).

No que diz respeito aos jovens, a vulnerabilidade social, a necessidade de ganhar amor e respeito através de práticas sexuais e as diferenças de poder nas relações são, particularmente, fatores de riscos importantes encontrados nos sub-grupos de pessoas jovens mais afetadas pela epidemia do HIV e da aids — homossexuais jovens, mulheres jovens sexualmente ativas e pessoas jovens de cor negra (Collins, 1997).

Alguns jovens têm necessidades pessoais, as quais, podem torná-los mais vulneráveis a contrair diversas DSTs, dentre estas o HIV. No entanto, para que isto aconteça, alguns fatores são particularmente considerados de alto risco para o HIV. De maneira geral, estes fatores são produtos da marginalização destes grupos na sociedade e, especificamente, razões para que possam se colocar em situações de maiores riscos da saúde. Collins (1997) considera os seguintes fatores:

1) Vulnerabilidade construída socialmente: homofobia, sexismo, pobreza, desamparo, prostituição

2) Necessidade de ser aceito e de obter respeito e amor mediante relações sexuais

3) Necessidade de considerar a adolescência como fase de descoberta nas experiências homossexuais masculina e feminina

4) Dinâmica de poder dos parceiros mais velhos

5) Coerção e força

6) Dificuldade de comunicação das necessidades pessoais.

Enquanto o número de adultos infectados com o HIV é maior que o de jovens, especialistas no assunto admitem que esta infecção, neste grupo, pode se converter em um problema de grande magnitude no futuro. De acordo com Silber, D'Angelo e Woodward (1995), menos de 1% de todos os casos de aids que aconteceram no início da epidemia se deu entre jovens dos 13 aos 19 anos, de maneira que o risco de infecção parece mínimo se comparado com o risco de adultos e de crianças. Entretanto, a realidade é um pouco diferente. Um terço dos adultos que adoeceram de aids adquiriram o vírus na fase juvenil.

Em 1990, foram diagnosticados mais casos de HIV e de aids em jovens com idades dos 20 aos 24 anos que em idades inferiores.. As estatísticas revelam que, atualmente, mais de 3.750 jovens se infectam por dia, o que implica em mais 1.260 casos por ano ou 13 a cada 5 minutos. Em geral, 80% dos novos casos acontecem em pessoas do sexo masculino, de classe socioeconômica desfavorecida pelo sistema vigente, em que predominam o baixo nível de escolaridade e de informações preventivas, relacionadas com as doenças, aliado as dificuldades de acesso aos serviços básicos de saúde. A probabilidade de a pessoa adoecer de aids é aumentada por uma série de fatores, como a existência de outras DSTs, o sexo e a idade do/a companheiro/a não infectado/a, o tipo de prática sexual, a fase da enfermidade do/a companheiro/a infectado/a e a virulência da cepa do HIV (CDC, 1998; SIECUS, 1998; WHO/UNAIDS, 1999; UNAIDS, 1999).

Sob uma perspectiva preventiva, os jovens se constituem em um grupo prioritário que merece atenção especial de todos os setores da sociedade. Lamentavelmente as informações a respeito dos comportamentos sexuais de risco destes são escassas, as quais, limita a capacidade de prover serviços sociais preventivos e de saúde apropriados. Uma contínua investigação científica identificará fatores que os colocam em situações de maiores riscos da saúde e indicarão as necessidades que lhes são pertinentes (OPS/OMS, 1993; CDC, 1997; CDC. 1998; UNAIDS, 1998).

Além do mais, os jovens infectados de hoje poderão, em pouco tempo, ser os adultos infectados de amanhã ou apresentarão as manifestações da aids ainda na sua fase de vida. A infecção pelo HIV, nos jovens, permeia por uma série de problemas éticos e legais relacionados com o diagnóstico da infecção e a comunicação do resultado aos pais. O contágio acontece da mesma maneira que nos adultos: em relações sexuais desprotegidas, partilhando agulhas e seringas contaminadas, e/ou ao ser transfundido com sangue ou hemoderivados. A transmissão nas relações sexuais é bidirecional — tanto nas relações heterossexuais, bissexuais como nas homossexuais. O risco de transmissão aumenta com a relação sexual anal sem proteção de camisinhas e de barreiras plástica ou de látex, na presença de úlceras genitais e quando o estado de imunodeficiência do transmissor for mais avançado. A presença de DSTs e as relações sexuais durante o período menstrual desprotegidas, aumentam, também, a possibilidade de transmissão do HIV (Rachid e Schechter, 1996; CDC, 1997, 1998; UNAIDS, 1998).

Entretanto, a proporção de contaminação de acordo com as vias de transmissão varia nos jovens. A corrente sangüínea se constitui na primeira via de contaminação, seja por transfusão direta ou por seus derivados. A segunda é a sexual, por meio de relações homossexuais desprotegidas e o consumo de drogas ilícitas injetáveis associadas nas práticas sexuais de maiores riscos. Há evidências de transmissão por categorias de idade, sexo e raça. Entre os jovens dos 13 aos 14 anos a transfusão de sangue e hemoderivados é a causa de mais de 90% dos contágios. Neste grupo, observa-se a predominância de jovens do sexo masculino hemofílicos. A proporção de contágio por transfusão diminui à medida em que aumenta a idade, de maneira que esta via de transmissão só causa um quarto dos casos entre os jovens dos 17 aos 19 anos. A proporção de casos devido à exposição em comportamentos de risco se incrementa em menos de 10% entre os jovens dos 13 aos 14 anos e até dois terços entre os dos 17 e os dos 19 anos (Silber, D'Angelo e Woodward, 1995; CDC, 1998; UNAIDS, 1998).

A transmissão do HIV se dá, principalmente, mediante relações sexuais desprotegidas com portadores do HIV e/ou doentes de aids, quando no

auge dos efeitos das drogas, na busca do prazer sexual, do ato de compartilhar e reutilizar seringas e agulhas contaminadas. Os modos de transmissão, também, diferem por gênero: no homem, as relações homossexuais, as transfusões de sangue e hemoderivados são as principais vias de contágio, embora seja, muito mais importante, a relação heterossexual na mulher (companheiro bissexual, consumidor de drogas ilícitas injetáveis ou ambos), e, em menor proporção, o consumo de drogas e a prostituição juvenil (Silber, D'Angelo e Woodward, 1995; CDC, 1998; UNAIDS, 1998).

O aumento de gestações e de paternidades entre jovens, em idades cada vez mais precoces, é uma comprovação do incremento de relações sexuais desprotegidas, falhas no emprego de algum método contraceptivo e da pauta de riscos que eles enfrentam tanto em contrair o HIV como outras DSTs (Chelala, 1990; Silber, D'Angelo e Woodward, 1995).

Portanto, preparar os jovens para enfrentar estes riscos requer, não só ações preveníveis do setor da saúde, como a participação dos setores educativos, culturais e legais em campanhas e programas de educação destinados à modificar os comportamentos de riscos nos exercícios da sexualidade destes. É importante saber que a criança contaminada na primeira infância pode manifestar sinais clínicos de deficiência imunitária na juventude. Entretanto, o jovem que se contamina em experiências próprias de sua faixa etária irá manifestar sinais e sintomas da aids após os 20 anos, muitas vezes, envolvido em perspectiva de compromisso matrimonial. Muitas crianças contaminadas na vida intra-uterina, no trabalho de parto ou puerpério são, mais tarde, os indicadores de mães contaminadas (Petri, 1993).

De acordo com a UNAIDS (2000) dos 34.3 milhões de pessoas vivendo com o HIV e com a aids, pelo menos, um terço está com idades entre os 10 e os 24 anos; a transmissão por via sexual é responsável por 75% dos casos. Destes, 33 milhões foram adultos, 15.7 milhões de mulheres e 1.3 milhões de crianças abaixo dos 15 anos. Se esta tendência continuasse, até o final deste século, entre 60 e 70 milhões de adultos terão sido infectados com o HIV; 12 a 18 milhões de jovens terão aids e 10 milhões de crianças e jovens estarão soropositivos. No mundo, estima-se que 20% a 25% de novas infecções pelo HIV

acontecem entre os jovens e que, no ano 2000, 90% das ocorrências de HIV/aids foram registradas nos países em desenvolvimento (Coalition For Preventive Sexuality, 1997; CDC, 1998; SIECUS, 1998; WHO/UNAIDS, 1999; UNAIDS, 2000).

A cada dia muitas pessoas em idades produtivas e reprodutivas se contaminam o HIV com uma média de, aproximadamente, 1.3 milhões de novas infecções por ano. Por isto, devem ser fundados novos espaços que permitam uma verdadeira participação dos jovens não só na melhoria de sua saúde como na definição da sociedade do futuro. O apoio a este grupo por sua capacidade inovadora e energia criadora, pode ser a chave para a geração de comportamentos mais saudáveis e de esquemas de desenvolvimento diferentes que realcem os valores da vida e permitam que a humanidade desfrute de mais saúde, paz e harmonia (Coalition For Preventive Sexuality, 1997; CDC, 1998; SIECUS, 1998; Araújo, 1998; WHO/UNAIDS, 1999; UNAIDS, 2000).

A situação dos jovens que apresentam comportamentos sexuais de risco para a infecção pelo HIV e outras DSTs, só poderá ser revertida com um vigoroso esforço mundial para a educação preventiva em saúde favorável a um estilo de vida mais saudável, envidando esforços para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Entender os comportamentos de riscos da saúde e as influências dos co-fatores em determinados grupos da população pode ajudar os provedores de saúde a designarem programas preventivos eficazes direcionados para atender a necessidade daquelas pessoas e grupos específicos da comunidade. Os programas de prevenção do HIV e da aids, também, devem considerar a vulnerabilidade a que está exposta a maioria dos jovens como a maneira de ser jovem e a falta de percepção do risco pessoal e do/a parceiro/a. Há necessidade de prover informações adequadas para o uso das camisinhas, reforçar a necessidade de mudança de comportamentos de riscos, como também, manutenção destes, favorecer-lhes o pronto acesso em pontos de apoio de maior fluxo deste grupo; deve-se, também, procurar oferecer apoio psicológico, no qual sejam trabalhadas a auto-estima e o respeito por si e pelo/a outro/a, evitar o uso de drogas associado à natureza não planejada de muitos encontros sexuais (Araújo, 1998).

2. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1. Tudo começa com o exercício da sexualidade

Mediante o processo de aprendizagem intermediado pelo meio social é que o ser humano inicia o processo de desenvolvimento cognitivo. Este se utiliza de várias linguagens para expressar suas necessidades biofísicas, psíquicas e emocionais. Desta maneira faz-se compreender como ser que interage mediante o processo de comunicação com os outros, adquirindo conhecimentos necessários à compreensão do mundo, de si próprio e dos outros. Neste processo de compreensão, aprende a fazer julgamentos, a tomar decisões, a trocar experiências interpessoais. Com estas trocas, descobre, a paixão, o ódio e o amor em suas variadas formas de amar. Expressa-se ou não no exercício da sexualidade que o conduz aos caminhos do prazer sexual e/ou da reprodução. Isto ocorre, muitas vezes, sem o devido e necessário planejamento, constituindo família precocemente. Desenvolve a capacidade de dominar e de transformar a natureza, criando objetos de uso pessoal e para os outros; inventa novas tecnologias e regras sociais. Enfim, produz cultura, originando inúmeras subculturas, com as diversidades de valores e de normas estabelecidas pelas diferentes culturas para se comportar de acordo com o seu sexo.

As inúmeras aprendizagens formais e informais já existem há vários séculos, desde a nossa existência, com predominância do aprendizado no seio da família e pela limitação dos papéis sociais estabelecidos pelos adultos. Estes, por sua vez determinaram tipos adequados de comportamentos para o homem e para a mulher. Com o desenvolvimento das ciências sociais e biológicas, surgiram novas exigências para que homens e mulheres pudessem viver mais felizes, vencer os medos, as dificuldades e os momentos de infelicidade. Estes, muitas vezes, ocasionados pelas dificuldades no acesso às informações a respeito de assuntos pertinentes ao exercício da sexualidade e no encorajamento para tomadas de decisões. Enfim, de se exercitar na sexualidade com mais maturidade e responsabilidade.

Com base em valores e crenças pessoais, vários autores têm descrito a sexualidade humana de maneira limitada ou multifacetada em todo o seu âmbito. O denominador comum é o reconhecimento de que a sexualidade é uma parte intrínseca do nosso ser. Neste sentido, Hogan (1985) afirma: a sexualidade é um ato fisiológico e conota a totalidade do ser humano. A dimensão significativa do termo inclui os componentes biológicos, sócio-culturais, psicológicos e éticos do comportamento sexual. Na sociedade, a sexualidade pode ser usada ou abusada. Pode trazer prazer ou dor, felicidade ou desespero. Pode ser considerada um ato biológico que envolve a atividade do sistema nervoso autônomo e a do músculo estriado, que culmina no orgasmo. É uma força biológica necessária para a procriação da raça humana, mas, é, também, muito mais: é a expressão de duas personalidades, unidas no sentimento simbólico e físico de ternura, de respeito e de mútua preocupação. Não está confinada ao quarto de dormir ou às áreas do corpo. Está presente ao que nós fazemos e ao que nós somos.

Neste contexto, Araújo (1996) afirma: a sexualidade por ser multideterminada e multidimensional, deve ser estudada em seus aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos e éticos. A conceitualização sobre ela é especialmente difícil, desde que estes fatores, se forem estudados como um todo, sejam considerados do ponto de vista de sua interação, o que contribui para a saúde ou para o desequilíbrio sexual.

O jovem se encontra em fase de transição gradativa entre o organismo infantil e o adulto, com reflexos psicossomáticos, oriundos, principalmente, das alterações que se processam na esfera sexual. Esta transição é muitas vezes percebida, outras vezes não compreendida pelos adultos. Um dos aspectos que mais transtorna o jovem se relaciona à formação da sua identidade sexual. Em poucos anos, o jovem “perde” seu corpo infantil, com o qual estava acostumado enquanto criança e ganha acesso à sexualidade do adulto. Uma sexualidade ainda muito misteriosa, cheia de segredos e tabus apesar de a maior abertura dos tempos modernos. E toda esta transformação física do jovem é realizada em um curto espaço de tempo.

Por esta e outras razões se estabelecem os conflitos no lar e na escola. As mudanças de comportamentos do jovem não são muito aceitas na família e na sociedade, de modo que este permanece em um mundo de dúvidas e apreensões. Isto porque esta é a fase mais propensa para o ser humano sofrer as ameaças de uma realidade frustrante, apresentando-se com maior vulnerabilidade para assimilar os impactos projetivos dos pais, dos irmãos, dos amigos e de toda a sociedade. Tudo isso os joga aos desvios comportamentais da juventude. Dentre estes, a delinquência, o uso de drogas e a prostituição (Nérici, 1991).

A prevenção de uma adolescência difícil é tarefa de todas as áreas de estudo. Devem estas se voltar às investigações das necessidades do jovem, de modo que sejam proporcionadas condições de se desenvolverem até a idade adulta, com liberdade adequada e com segurança de normas. Tais condutas ajudam-no, conseqüentemente, a adaptar-se às suas necessidades e modificações, sem entrar em conflitos graves consigo mesmo, com o ambiente e com a sociedade (Araújo, 1996).

Os jovens podem passar por uma fase muito conturbada, marcada por intensas modificações de ordem física e emocional. A necessidade de reformular o papel e a identidade de criança se constitui na modificação mais importante deste momento. Eisenstein (1991) afirma: durante esta fase ocorre o desenvolvimento das características sexuais secundárias de base neuro-hormonal, nas quais emergem as funções sexuais do adulto; ocorre o

estabelecimento da genitalidade; o aparelho genital de ambos os sexos passa a concentrar em si toda a excitação e descarga, seja qual for o estímulo sensorial ou zona erógena em que se tenha originado. A heterossexualidade começa cada vez mais cedo, mas sua demonstração torna-se difícil, sobretudo, em nosso meio, devido à falta de dados estatísticos.

A fase jovem marca o auge do processo de maturação biopsicossocial. É preciso tentar compreender este processo de maneira geral, analisando de modo integrado os aspectos biológicos, psicológicos e sociais marcantes do seu início. O jovem se depara com rápidas modificações físicas que demarcam a sexualidade adulta. Seu corpo cresce e se desenvolve. Mas, a imagem corporal nem sempre acompanha tais mudanças. A maturidade psicológica não acompanha o desenvolvimento corporal. O esquema corporal internalizado, ainda permanece infantil. Durante um bom tempo ele se encontra numa “cabeça” de criança com um corpo já desenvolvido. Emocionalmente imaturo, o jovem se assusta com todas as intensas modificações que está enfrentando.

Neste sentido, de uma perspectiva psicanalítica, o jovem vai reviver o Complexo de Édipo. Durante a puberdade, quando se incrementam as pulsões instintivas, a libido continua orientada fundamentalmente para as figuras parentais, ou seja, a problemática edípica vai se reproduzir no jovem, porém, com características próprias, conforme afirma Kalina (1979), achando que este novo estado é muito diferente dos anteriores. Aberastury (1983) afirma: as modificações psicológicas que se produzem neste período, e que são o correlato de modificações corporais, levam a uma nova relação com os pais e o mundo, o que só é possível se se elabora lenta e dolorosamente o luto pelo corpo de criança, pela identidade infantil, e pela relação dos pais da infância.

A estes lutos Kalina (1979) acrescenta mais dois: o luto pelo renascimento e pela exogamia. Seguindo esta trilha da psicanálise argentina, passa-se a demarcar algumas questões cruciais para a fase jovem, entre elas a da sexualidade. O jovem precisa redefinir sua imagem corporal, pois, perdeu seu corpo infantil e juntamente com isto, perdeu, também, seu papel de criança, quando então mantinha a ilusão de uma sexualidade única. Os corpos até então

pouco diferenciados, com o surgimento das características sexuais secundárias, ganham identidades bastante definidas. O menino e a menina se transformam no homem e na mulher. As preocupações com o próprio corpo tornam-se bastante presentes. A altura, por exemplo, pode mobilizar o menino que demora a crescer, ou a menina que fica muito alta. O excesso de peso diminui a auto-estima das meninas que passam a se sentir pouco atraentes e atraídas.

Por outro lado, dependendo de sua distribuição, a gordura pode sugerir ou qualidades infantis no menino, ou então, na menina, sugerem uma precocidade sexual física sem nenhum respaldo no desenvolvimento emocional. Os meninos cujo excesso de gordura se localiza nos quadris parecem mais femininos, o que é causa de grandes constrangimentos. As famosas espinhas da adolescência, ou um nariz um pouco maior, podem ser motivos para grandes depressões. Esta ansiedade em relação aos defeitos externos e visíveis esconde um outro tipo de problemática. Os defeitos servem de anteparo para preocupações e atividades vinculadas com a sexualidade. É como se as espinhas, o nariz, ou a gordura, ao atrair os olhares dos outros, pudessem trair os pensamentos e atividades secretas do jovem.

O jovem precisa ganhar independência do grupo familiar, com o objetivo de constituir sua identidade adulta. Assim a juventude marca a intensificação do processo de separação/individuação, onde o vínculo de dependência com os pais da infância, até então aceita como normal passa a ser questionado. O jovem perde seu estatuto de criança e, simultaneamente, perde o vínculo que mantinha com os pais de sua infância. A elaboração deste processo, em nossa sociedade, não se faz sem sofrimentos. A escolha de uma roupa pode ser motivo de semanas de mutismo de parte à parte. Claro que, por trás destes conflitos por fatos triviais, também está a dificuldade dos pais em aceitar o crescimento dos filhos. Para dificultar este estado de intercorrências, o jovem flutua entre a nova personalidade e a antiga, de criança, o que confunde mais ainda os adultos que lidam com ele, pois estes aparentemente esqueceram de suas inseguranças na juventude. O jovem parece um io-iô, que vai e vem em suas decisões e idéias, em poucos segundos, causando, às vezes, bastante estranheza no ouvinte mais despreparado.

Pode-se até dizer que a juventude é um fenômeno de bando. Fala-se igual, pensa-se igual, veste-se a mesma moda, possuem-se os mesmo mitos, temem-se os mesmos micos. Esta personalidade grupal vai contribuindo para sustentar o jovem, servindo como uma capa defensiva e dando-lhe mais segurança. Quanto à especificidade do Édipo jovem, as principais diferenças podem ser resumidas da seguinte maneira:

- 1) Desenvolvimento da capacidade genital definitiva
- 2) Fantasias edípicas com características perverso-polimorfas
- 3) Conteúdos inconscientes mais próximos da consciência
- 4) O surgimento do processo de simbolização, e do raciocínio lógico-abstrato.

São estas diferenças que tornam os sentimentos do Édipo altamente persecutórios, impregnados por uma intensa culpa e por temor de graves castigos. Isto porque o jovem se percebe como podendo realizar o incesto, cometendo o crime edípico, perigo que não existia nas fases anteriores.

Todo esta trama de desejos, angústias e culpas se aliam, em virtude das mudanças fisiológicas da puberdade, a um grande aumento de energia, fato que muitas vezes impulsiona o jovem à descarregar estas tensões através da ação. Por isto são comuns os *actings outs*, onde eles agem impulsivamente, de forma que, por vezes, por lógica, pois podem envolver brigas físicas ou mesmo acidentes.

Nas jovens, o ato supremo de desafio é o comportamento sexual e a promiscuidade, ao passo que, nos rapazes, é, provavelmente, um ato agressivo, como o roubo. A masturbação, também, é uma válvula de escape, para toda esta energia. Osório (1989) afirma: "a masturbação é indispensável no momento da puberdade, e é importante não se sentir culpado". Porém, a masturbação não satisfaz inteiramente; utilizada como uma forma de descarregar a pressão das pulsões, só oferece uma saída através de o imaginário. As fantasias que são produzidas neste momento envolvem encontros românticos, e paixões intensas. Mas, na puberdade os garotos e garotas sentem necessidade de encontros verdadeiros e reais.

O jovem precisa construir seu caminho em direção a exogamia, como afirma Rascovski (1979). Os jovens precisam se afastar da família, manter longe sua intimidade. Porém, dentro da geografia de seu grupo de iguais eles contam tudo, enquanto os pais, em geral, são sempre os últimos a saber do que se passa. Mas, este afastamento tem seus motivos, pois esta é a idade da

recomposição da interdição do incesto. E se os pais se misturam numa história amorosa de seu filho, ela fica, então, beirando o incesto.

Contra esta ameaça dos impulsos sexuais e agressivos surgem duas maneiras de defesa citadas por Anna Freud: o ascetismo e a intelectualização. O ascetismo se constitui na tentativa de negar completamente os impulsos instintivos. Desta forma, o jovem pode se entregar de corpo e alma a um movimento religioso. Da mesma maneira, a intelectualização pode ser usada como um modo de defesa contra os impulsos sexuais e agressivos, e através dos processos mentais, o jovem procura se livrar da culpa, e se proteger da vergonha de ceder a tais impulsos. Mesmo quando contam com toda a assistência por parte de seus familiares, algumas vezes o jovem se sente tão despreparado, frente aos problemas externos e internos para os quais precisa encontrar uma solução, que sua personalidade chega a se desestruturar em episódicos fenômenos de desvio, que são mais ou menos tolerados pela sociedade.

Erikson (1976) se refere a estes fenômenos dizendo que é como se a sociedade concedesse aos adolescentes uma espécie de moratória social. Knobel (1981) chega a afirmar que a fase jovem se constitui naquilo que ele chama de síndrome da adolescência normal. Isto porque, em paralelo ao desenvolvimento daqueles comportamentos já mais socialmente aceitos (a mesma moda, a mesma gíria, o grupo de iguais, as rebeldias sem causa, etc.), não são raros os comportamentos psicopáticos (roubos, agressões violentas, estupros), as intensas depressões (com episódios de anorexia), a promiscuidade sexual, os suicídios (explícitos ou encobertos), as despersonalizações e mesmo quadros psicóticos agudos.

Os processos acima descritos, nem sempre são vivenciados com as mesmas características por todos os jovens. O início cronológico da puberdade é universal, coincidindo em praticamente todos os povos. No entanto, a juventude, apesar de ser também um fenômeno universal, mostra variações em função do ambiente sócio-cultural da pessoa. Existem marcantes diferenças, principalmente quando é levada em conta realidade mais desenvolvida.

De acordo com Araújo (1996) com as alterações aceleradas nas últimas décadas, especialmente as sociais, o adolescente passou a ser mais

vulnerável e a sociedade, a reconhecer a necessidade de ampará-lo e apoiá-lo em suas transformações, em suas aspirações e em seu desejo de identificar-se como elemento integrante da sociedade. É o adulto de amanhã que irá assumir a responsabilidade de decidir os destinos do mundo.

Em face do exposto, é imprescindível a participação do enfermeiro em pesquisas com os jovens, visando-se a elaborar e implementar ações educativas preventivas destinadas a orientá-los ante os problemas comuns nesta fase de vida, como as DSTs, o HIV, a aids, a gravidez e a paternidade inoportuna. À luz deste contexto, o Mothers's Voice Report (1997) afirma: para os jovens a informação por si só não é suficiente para evitar os riscos associados com o comportamento sexual, inclusive a infecção pelo HIV. Há necessidade de terem base teórica e a auto-estima elevada. Com isto, eles passariam a valorizar seus corpos, suas emoções e desenvolver habilidades para a tomada de decisões mais saudáveis. Por outro lado, enalteço que sem o conhecimento de múltiplas opções que a vida pode proporcionar, sem a noção do contexto social em que se vive, dificilmente se pode conseguir respeito e, em última instância, prazer em viver sem riscos à saúde. É preciso desmistificar os tabus relacionados com a sexualidade, porquanto são inúmeras as pessoas que sofrem os prejuízos da falta de informações seguras nesta área do conhecimento humano.

2.2. A Teoria das Representações Sociais

Émile Durkheim, sociólogo francês, foi o precursor do conceito e da utilização do termo representações coletivas no meio científico, em 1902. Nóbrega (1990) refere que este autor estava interessado em compreender o aspecto essencial e permanente da humanidade e que tomou ao mesmo tempo como objeto de investigação as práticas religiosas das tribos das sociedades primitivas australianas. Desta forma Durkheim concluiu que a natureza fundamental do homem residia na religião, levando-se em consideração que as representações coletivas, como fenômenos, eram capazes de assegurar os laços entre os membros de uma sociedade e de os manter através das gerações.

Neste contexto, Nóbrega (1990) considera que a noção explícita das representações coletivas, nos moldes de Durkheim, é de grande amplitude porque

reúne formas extensas de pensamentos distintos e de saberes partilhados coletivamente. Estas se encontram representados pelas ciências, crenças, religiões, opiniões e mitos, cuja característica consiste em “revelar o que há de irreduzível à experiência individual que se estende no tempo e no espaço”.

Sá (1993, p.21) afirma: (...) na sociologia durkheimiana a sociedade é uma realidade *sui generis*, e as representações coletivas que as exprimem, são fatos sociais, coisas reais por elas mesmas. A autonomia, a exterioridade e a coercitividade, são comportamentos e pensamentos individuais resultantes das características básicas das representações coletivas. Nesta observação, ele explica:

Os sujeitos que compõem a sociedade seriam portadores e usuários das representações coletivas, mas, estas não podiam ser legitimamente reduzidas a algo como o conjunto das representações individuais, das quais, defeririam essencialmente.

As representações coletivas de acordo com Durkheim (1912, 1978, p.216), são:

O produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas, no tempo; para fazê-las, uma multidão de espíritos diversos associaram, misturaram, combinaram suas idéias e sentimentos; longas séries de gerações acumularam aqui suas experiências.

Para Seiffert (1993), Durkheim apresenta sua proposta teórica de maneira pouco explicativa pelo fato de:

As representações pressupõem linearidade e dualidade na relação entre o individual e o social”. O psiquismo é subjetividade, interioridade e irracionalidade (oriundo de processos de dentro), enquanto o social (força natural coercitiva) é objetividade, exterioridade e racionalidade. Além disso, a relação entre indivíduo e social alicerça-se em valores de conservação, ordem, obrigação, equilíbrio no sistema social, tornando, assim o indivíduo singular dominado e passivo diante da realidade, que se impõe com superioridade tanto física como natural (p.21).

Estudiosos da Psicologia Social divergiram substancialmente desse enfoque teórico de Durkheim e partiram dessa premissa: a relação indivíduo—sociedade constituem um processo dinâmico e de constantes transformações. Seiffert (1993) afirma que esta concepção tem sido alvo de várias

críticas por retratar “(...) uma visão reducionista sobre a relação homem—mundo e por não considerar essa relação como um processo dinâmico, onde o indivíduo é ao mesmo tempo produto e produtor de sua realidade”. Diante disto, fizeram uma outra leitura do processo de representação, entendendo-o como categoria concretamente capaz de permitir a apreensão de elementos explicativos da relação recíproca homem—mundo (Seiffert, 1993).

No início da década de 1960, surge na França o primeiro trabalho sobre Representação Social de autoria de Serge Moscovici, pesquisador da École de Hautes Études en Sciences Sociales, intitulado Representação Social da Psicanálise, cujo objetivo era concentrar explicações sobre o processo de assimilação de conceitos científicos na vida cotidiana de determinadas sociedades. Este trabalho constituiu o começo de uma nova modalidade de estudo no campo da Psicologia Social, porque, como modelo e esquema de interpretação e comunicação no mundo social, possibilitou esclarecer o processo de construção da Representação Social (Seiffert, 1993).

De acordo com Sá (1993), foi a partir do delineamento formal do conceito e da teoria das Representações Sociais apresentados no trabalho de Moscovici — *La psychanalyse son image et son public* (1961, 1979) — que estes passaram a ser usados e apropriados pela população parisiense, os quais, fizeram parte de um processo de transformação para servir a outros usos e outras funções sociais. Partindo da tradição da sociologia do conhecimento, o autor começava a desenvolver uma psicossociologia do conhecimento. O termo representações sociais designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos.

Spink (1993) ressalta a polissemia seminal introduzida no estudo das representações sociais mediante a escolha lingüística: “representação” é tanto re-apresentação — portanto, cópia fiel da realidade — como interpretação. É, pois, um misto de pré-ciência, ainda nos estágios de descrição do real e de teatro, em que atores criam um mundo imaginário, reflexo, também, do mundo real em que vivemos.

A teoria das representações sociais começou a ser utilizada à medida que a academia fez reabilitar a ordem simbólica, liberando-a do grilhão da infra-estrutura econômica da sociedade que estabelecia a noção de representação como mediação da ordem simbólica que passou a ser mais centrada nas várias disciplinas que se debruçam sobre o estudo do mundo social (Spink, 1993).

A teoria das Representações Sociais é utilizada em várias ciências como objeto central do estudo ou como instrumento imprescindível para acessar o objeto em questão. O estudo das representações define, assim, um cenário interdisciplinar. As representações são essencialmente, dinâmicas; são produtos de determinações históricas e do aqui-e-agora e construções que têm uma função de orientação: conhecimentos sociais que situam o sujeito no mundo e, situando-o, define sua identidade social — o seu modo de ser particular, produto de seu ser social (SPINK, 1993).

Sá (1993) refere que, numa psicologia social mais socialmente orientada, é importante considerar tanto os comportamentos individuais quanto os fatos sociais em sua concretude e singularidade histórica e não abstraídos como uma genérica presença dos outros. Importam ainda os conteúdos dos fenômenos psicossociais, pouco enfatizados pelos psicólogos sociais tradicionais em sua busca de processo tão básico ou universal que pudessem abrigar quaisquer conteúdos específicos. Além disso, não importa apenas a influência unidirecional dos contextos sociais sobre os comportamentos, estados e processos individuais, mas também a participação destes na construção das próprias realidades sociais.

Spink (1989) considera que as representações sociais se encontram no epicentro de um rico debate, seja pela discussão que suscita como teoria, seja por se apresentar como uma resposta aos problemas complexos enfrentados pela psicologia social. Ressalta que, as representações sociais foram introduzidas como um novo enfoque, capaz de dinamizar a psicologia social como um todo — e englobar conceitos mais restritos tais como atitudes, opiniões e atribuições de causalidade que, no decorrer do tempo, haviam perdido seu caráter intersubjetivo — e não apenas como mais um dos paradigmas solitários difundidos em nosso meio.

Esta mesma autora revela, também, que as representações sociais, na ótica da psicologia social, constituem uma forma de conhecimento prático, o saber do senso comum que apresenta as funções de estabelecer uma ordem que permita as pessoas se orientarem em seus mundos material e social, e dominá-los, possibilitando a comunicação entre os membros de um determinado grupo. O caráter social dos conteúdos das representações, por sua vez, torna imperativo que estas sejam remetidas às condições e ao contexto em que surgem as comunicações, mediante as quais, elas são circuladas e as funções a que servem na interação com o mundo social.

Segundo De Rosa (1987) as representações se constituem em um conjunto de elementos informativos, cognitivos, ideológicos, icônicos/simbólicos, relacionados com as atitudes e com os valores que têm natureza prescritiva convencional da ação social e do comportamento que se expressa no cotidiano.

De acordo com Moscovici (1978) representações sociais é uma modalidade do conhecimento a qual tem por função a de elaborar comportamentos e a de estabelecer comunicação entre os sujeitos. Está vinculada a um sistema de valores, de noções e de práticas que são concebidas no indivíduo como formas de se orientá-lo no meio social e dominá-lo. A função social da Representação Social é a de orientar comportamentos e de preparar o indivíduo para a ação. O mesmo autor ressalta ainda, que ela é mais importante que a análise de sua produção social, já que é como a ideologia, a ciência e os mitos determinados socialmente. Representações Sociais é, pois, um corpus organizado de conhecimentos, uma atividade psíquica para ser e para dominar a realidade. Qualifica-se como uma Representação Social por ser produzida coletivamente e apresentar seu processo de formação social compartilhada. O fato de ser compartilhada denota sentido de comportamento ao integrar o indivíduo em uma rede de relações.

Ao conceituar Representações Sociais como o processo de assimilação e construção da realidade pela pessoa, Moscovici (1978) procurou compreender os significados que ele atribui aos elementos percebidos numa situação, a significação que é atribuída a sua realidade. O estudo de Representação Social implica perceber a maneira como a pessoa apreende a sua

realidade e interação com as outras. É acima de tudo, reação a uma situação dada. Moscovici procurou captar a relação indivíduo—sociedade e não mais entender a Representação Social como algo externo que se impõe ao indivíduo, como afirmou Durkheim (Salles, 1993).

Seiffert (1993) analisando o conceito de Representação Social de Moscovici refere que ele caracterizou a Representação Social como uma forma de conhecimento no qual as experiências singulares e as influências do grupo são expressas pela cultura social, cujas funções são de interpretar a realidade e a de orientar o comportamento dos sujeitos.

Em sua tese, Salles (1993) considerou a Representação Social como um processo de assimilação da realidade pelo indivíduo, fruto de um processo de mediação de suas experiências, de seus valores, da própria ciência e das informações que circulam no seu meio sobre um objeto social, além de seu fruto das relações que ele estabelece com os outros sujeitos. Esta autora afirma: “Representações são afirmações que os sujeitos fazem sobre sua realidade e sobre suas interações com os outros homens; é como apreendem a vida cotidiana. Ela orienta o comportamento do indivíduo no seu agir de todo o dia, na sua cotidianidade” (p.19).

De acordo com Wagner (1998:11) a teoria das Representações Sociais é, basicamente, uma teoria sobre a construção social em dois sentidos: primeiramente, elas são socialmente construídas por meio de discursos públicos nos grupos, ou seja, expressam a forma como as pessoas pensam sobre as coisas reais e imaginárias do seu mundo. Em outros termos, o conhecimento que as pessoas têm do seu universo é o resultado de processos discursivos, portanto, socialmente construídos.

Em um segundo sentido, entretanto, esse conhecimento é criado pelo grupo. Se um grupo se comporta como se a loucura fosse causada por possessão demoníaca, essa loucura se torna um fato em seu mundo.

Agindo no sistema de representação, os membros de um grupo criam o objeto representado, dão-lhe significado e realidade. A interação entre as pessoas expressa e confirma suas crenças subjacentes. De fato, a

Representação Social é sempre uma unidade do que as pessoas pensam e do modo como fazem. Assim, uma representação é mais do que uma imagem estática de um objeto na mente das pessoas. Ela compreende, também, seu comportamento e a prática interativa de um grupo. É ao mesmo tempo uma teoria sobre o conhecimento representado, assim como uma teoria sobre a construção do mundo (Wagner, 1998).

Jodelet (1986:474) afirma “El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. El sentido más amplio, designa una forma de pesamiento social”.

Segundo Moscovici (1978) o conceito de Representação Social é apresentado sob três dimensões que devem ser consideradas:

1) Informações — Dizem respeito ao conhecimento que uma pessoa ou um grupo tem acerca de um objeto social que varia em quantidade e qualidade, dependendo de seu conhecimento obtido pela experiência direta, pelos meios de comunicação, etc.

2) Campo de representação ou imagem — Refere-se à organização hierárquica de conteúdo de uma representação.

3) Atitude — Caracteriza-se pelo modo como a organização social se apresenta de forma positiva ou negativa, favorável ou desfavorável sobre o objeto.

Moscovici (1978) afirma: o processo de formação das representações sociais pode ser compreendido mediante a objetivação e a ancoragem. Objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as e, desse modo, distanciar-se delas. É, também, transplantar para o nível da observação o que fora, senão, inferência ou símbolo, apresentando como resultado da neutralização, ao esquema figurativo desvinculado da teoria inicial. Desta forma não mais é uma elaboração abstrata que atribui razões a certos fenômenos, mas ela torna-se a expressão imediata e direta (Doise, 1992).

Neste contexto, Jodelet (1986) apresenta a classificação das fases constituintes do processo de objetivação:

1) Seleção e descontextualização dos elementos da teoria — As informações que circulam sobre a psicanálise serão objetos de uma seleção em função dos critérios culturais (nem todos as pessoas do grupo não têm o mesmo acesso às informações) e, sobretudo, em função dos critérios normativos (são retidas tão somente aquelas informações que concordam com o sistema de valores do indivíduo: as proibições referentes à sexualidade ocultam os elementos das teorias relacionados com ela). Estas informações são separadas do campo científico a que pertencem, do grupo de especialistas que a concebeu e são apropriadas pelo grupo que, ao projetá-las como eixos de seu próprio universo, consegue dominá-las.

2) Formação de um núcleo figurativo — Uma estrutura de imagem reproduzirá de maneira visível, uma estrutura conceitual. As noções-chave (que configuram dimensões existenciais), o consciente (que evoca a vontade, o aparente, o realizável) e o inconsciente (que invoca o involuntário, o oculto, o possível) são visualizados no núcleo mediante sua posição sob uma linha de tensão em que se fixam os conflitos, as contradições na forma de pressão repressiva, os recalques que dão lugar aos complexos. Desta maneira, os conceitos teóricos se constituem em um conjunto gráfico e coerente que permite compreendê-los de forma individual e em relações e transformar o aparelho psíquico em uma visão compatível com outras teorias ou visões do ser humano. A ocultação da sexualidade tem levado a eliminação, dentro da reconstrução esquemática, de um elemento, essencial na teoria, a libido, diretamente associada com a sexualidade.

3) Naturalização — O modelo figurativo, permitirá concretizar, ao coordená-los, cada um dos elementos que se transformam em seres da natureza: “o inconsciente é inquieto”, “os complexos são agressivos”, “as partes conscientes e inconscientes do indivíduo se configuram em conflitos”. As figuras, os elementos do pensamento, se convertem em elementos da realidade, referentes ao conceito. O modelo figurativo utilizado como realmente se demarcarão os fenômenos,

adquire um status de evidência: uma vez considerado como adquirido, integra os elementos da ciência na realidade do sentido comum.

No que diz respeito à ancoragem, Jodelet (1986) afirma: ancorar refere-se à integração cognitiva do objeto representado dentro do sistema de pensamento preexistente e às representações derivadas desse sistema. Não se trata, como no caso da objetivação, da constituição formal do conhecimento, mas, de sua inserção orgânica dentro de um pensamento constituído.

A ancoragem, situada numa relação dialética com a objetivação, articula as três funções básicas da representação:

- 1) Função cognitiva de integração da novidade
- 2) Função de interpretação da realidade
- 3) Função de orientação das condutas e das relações sociais.

O processo de ancoragem decompõe-se em várias modalidades que permitem compreender:

1) Como se confere o significado atribuído ao objeto representado — A hierarquia de valores que se impõe na sociedade a seus diferentes grupos, contribuem para criar uma rede de significados, através do qual são situadas socialmente e avaliadas como fato social.

2) Como se utiliza a Representação no sistema de interpretação do mundo social, marco e instrumento de conduta — Esta modalidade permite conhecer como os elementos da representação não só expressam relações sociais como também contribuem para constituí-las; como enraizamento do sistema de pensamento — assim como não surge do nada, a representação não se inscreve sobre uma tábua rasa, mas sempre encontra “algo que havia pensado” latente ou manifesto.

Apoiado nestes conceitos das Representações Sociais busco um aprofundamento na questão da adoção de práticas de sexo mais seguro de jovens, e nos entendimentos do HIV e da aids com o intuito de arrecadar subsídios teóricos para examinar, mais detalhadamente, como e por que são engendrados novos domínios de saber e novas subjetividades referentes ao tema

em questão. Percebo que, com os conceitos desta teoria e sua metodologia, é possível apreender, na prática, as questões individuais e sociais na produção do pensamento social, estudando mais profundamente como o saber científico e o popular se articulam na forma de representar as práticas de sexo mais seguras, o HIV e a aids.

3. CONSTRUÇÃO DO MÉTODO

3.1. O tipo de estudo e o método de pesquisa

Para subsidiar a apreensão e análise das práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids de jovens do sexo masculino, de uma escola estadual de ensino fundamental e médio da cidade de João Pessoa, este estudo se caracteriza como de natureza qualitativa, fundamentado nos conceitos da teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici e seguidores. Enfatiza-se a visão psicossocial neste campo de investigação.

Autores como Polit e Hungler (1995) caracterizam o método qualitativo como o que procura descrever e analisar a cultura e o comportamento de seres humanos e de seus grupos do ponto de vista daqueles que estão sendo descritos e analisados; enfatiza a compreensão do contexto no qual a pesquisa ocorre; e conta com estratégias de pesquisa flexíveis e interativas.

Minayo (1992) refere: com o uso do método qualitativo o pesquisador trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Tudo isso, não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis. Enfatiza ainda a autora que este método oferece maiores subsídios para o pesquisador inovar por si próprio sem, contudo, comprometer o valor científico da pesquisa. Assim, a pesquisa qualitativa é caracterizada pela preocupação com a compreensão dos seres humanos e da natureza de suas relações intra e interpessoais (Minayo 1994).

3.2. Os atores sociais e o contexto da pesquisa

Este estudo foi realizado com vinte e um estudantes do sexo masculino em uma escola estadual de ensino fundamental e médio¹⁰, situada em um bairro de classe média da orla marítima do município de João Pessoa. O referido estabelecimento funciona nos três horários — matutino, vespertino e noturno — com quatorze salas de aula. Nela estavam matriculados, até o momento de coleta de informações, cerca 1.617 estudantes de ambos os sexos — 1.465 no ensino fundamental e 152 no ensino médio.

João Pessoa tem uma área de 189 Km² que corresponde a 0,3% da superfície total do Estado da Paraíba. Limita-se ao Norte com o Município de Cabedelo através do Rio Jaguaribe; ao Sul com o Município do Conde pelo Rio Gramame; a Leste pelo Oceano Atlântico; a Oeste com o Município de Bayeux pelo Rio Sanhauá e a Sudeste e Nordeste com o Município de Santa Rita pelos Rios Mumbaba e Paraíba, respectivamente.

Em 1980, João Pessoa contava com 329.492 habitantes, representando, aproximadamente, onze vírgula nove por cento da população paraibana e uma densidade demográfica de 1.746 hab/km². O último censo, realizado em 1991, apresentou uma população de 497.306 pessoas, registrando uma taxa média de crescimento anual de três vírgula oito por cento, e uma densidade de 2.631 hab/km².

O Sistema Educacional deste município, apesar de estar criadas as condições político-jurídicas necessárias à efetiva descentralização e municipalização do ensino fundamental, o Estado, ainda é o responsável por sessenta e sete por cento do atendimento da rede pública. Isso representa a existência, em um mesmo espaço de duas redes públicas, sem que haja uma integração de ações, inviabilizando um programa que redunde na efetiva democratização do ensino fundamental.

A população escolarizável compreendida na faixa dos 7 aos 14 anos, no ano de 1991, representava dezesseis e meio por cento da população total deste município. Considerando-se que, pelo menos, trinta por cento das crianças em idade escolar são provenientes de famílias com renda de até um

¹⁰ Os dados que caracterizam esta Escola foram fornecidos pela diretora, quando estava coletando as informações com os jovens deste estudo, em setembro de 1997

salário mínimo, compreendendo-se o importante papel que a escola pública deve exercer, perante significativa parcela de 81.880 pessoas, que formam o grupo dos 7 aos 14 anos.

As redes públicas federal e estadual do ensino médio são responsáveis pela cobertura do ensino nesta área, cabendo ao Estado contribuir com quarenta e nove vírgula quatro por cento na ofertas de vagas, seguido pelas escolas particulares, com trinta e um por cento e o restante as escolas federais.

A instituição de ensino, na qual, realizei este estudo se constituiu em um espaço privilegiado, pois pude transmitir informações, não só para os depoentes, mas também para alguns interessados da comunidade escolar nas temáticas DSTs, HIV e aids e práticas de sexo mais seguro.

3.3. Técnica de entrevista

A técnica de entrevista com roteiro semi-estruturado foi usada com os jovens para obter informações sobre as questões relacionadas com a complexidade das relações sociais que interferem na adoção de práticas de sexo mais seguro e do entendimento sobre o HIV e a aids entre eles. A princípio, os questionamentos foram abertos baseadas na vida em família, passando posteriormente, a seguir um esquema mais focalizado no entendimento sobre as práticas de sexo mais seguro, o HIV a aids, como pode ser visto abaixo:

1) Fale-me sobre sua vida (pai, mãe, qual a sua posição de nascimento, quantos irmãos, irmãs; trabalho; salário da família, etc.)

2) Alguém de sua família conversa com você sobre sexo? Quem? O que?

3) Com quem você gosta de conversar sobre sexo?

4) O que vocês conversam?

5) Você recebe orientação sexual? De quem? Sobre qual orientação?

6) Você se importaria de falar sobre sua vida sexual? (com quem você transa, quantas vezes você transa, qual o tipo de transa que você prefere)

7) Você tem relação sexual com pessoas do mesmo sexo? O que você acha disso?

8) Para você o que significa práticas de sexo mais seguro?

9) O que é o HIV para você? E a aids?

10) O que você gostaria de acrescentar neste depoimento?

A entrevista como técnica de coleta de informações é ampla e contempla uma série de questões que vai desde a fidedignidade do informante ao lugar social do pesquisador. Com este procedimento poder-se-á obter dados objetivos e subjetivos (Minayo, 1992). Morin (1973) afirma: entrevistar é uma técnica difícil e vários são os problemas que interferem em seus resultados incluindo o fato de estar fundamentada na mais duvidosa e mais rica das fontes a palavra, correndo-se o risco permanente da dissimulação. Para Haguette (1992), o roteiro, o entrevistado e a situação interacional entre o entrevistador e o entrevistado são fatores que se constituem em vieses na técnica da entrevista.

3.4. Análise dos dados, construção e definição das categorias

No processo de análise dos resultados deste estudo, empregou-se parte da técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977) por dois motivos precípuos: por ser uma técnica que se aplica a toda e qualquer comunicação com transferência de significados de um emissor a um receptor e porque se utiliza de procedimentos sistemáticos para descrever os conteúdos das mensagens e extrair indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção dessas mensagens. Tudo isso, constitui em um dos objetivos das representações sociais.

Foi adotado e adaptado para a análise das entrevistas, a orientação de Bardin (1976) e Vala (1986) que indicam três operações básicas, além da leitura flutuante:

1) A necessidade da constituição de um corpus de análise, que, no caso deste estudo, o corpus é constituído pelas entrevistas.

2) A definição de categorias, ou seja, ao se analisar um documento, no caso as entrevistas, dever-se-á realizar a categorização e a classificação dos

seus conteúdos tendo em vista a redução da complexidade do mesmo, para uma apreensão da realidade e posterior explicação.

3) A definição das unidades de análise que são de três tipos: 1) unidade de registro, 2) unidade de contexto e 3) unidade de enumeração.

No final deste processo foram definidas as duas categorias evidenciadas a seguir:

1) Categoria I: Entendimento sobre as Práticas de Sexo Mais Seguro — Nesta categoria se encontram as expressões metafóricas que os jovens fazem sobre as práticas de sexo mais seguro.

Exemplos:

- Práticas de sexo mais seguro é usar a camisinha.

Eu já ouvi falar sobre práticas de sexo mais seguro, mas, não é só usar camisinha é, também, escolher a parceira que você vai sair. É não sair com qualquer uma, quer dizer, você vai para uma festa e conhece uma garota e vai logo transar sem proteção? Não, não vai. Para mim, o que significa é isso.

(...) é, pelo menos, ir de três em três meses fazer o teste HIV para dar-lhe uma certa segurança em usar o preservativo com aquela pessoa que não a conhecemos bem ou mesmo com aquela que a conheçamos bem, até durar alguns anos.

2) Categoria II: Entendimentos sobre o HIV e a aids — Nesta categoria estão as expressões metafóricas sobre o HIV e a aids.

Exemplos:

É um negócio que a gente deve se prevenir muito porque se a gente pegar o vírus da aids, vem a aids (...).

(...) Então, não tem como se salvar... a pessoa morre e é uma coisa como se fosse assim: não tem a hora dela acabar com você. De repente, você está assim morre e pronto... .

Bem, o vírus da aids, pelo meu entender, é uma doença que vai destruindo o organismo aos poucos e deixando à mercê de várias doenças, inclusive, a tuberculose. Faz a pessoa perder peso e cabelos; deixa a dentadura terrível, também.

Eu acho que a aids é uma doença; uma doença que não tem cura.

A aids significa que eu tenho que me prevenir muito dela para não pegar essa doença, não é?.

Aids é uma coisa que não sei de tudo... (...) O que será que mata? É o vírus ou aquela pessoa ficar naquele estado de desprezo? Ninguém quer ser amigo de um cara aidético! Eu tenho para mim, que não é a própria doença que mata, quem mata é a sociedade. É um dos grandes fatores que contribui para a morte do aidético...

4. OS ATORES SOCIAIS

4.1. Apresentando os atores sociais

Os atores sociais neste estudo foram vinte e um estudantes do sexo masculino. Dentre estes, quatorze estão matriculados e cursando o ensino fundamental (treze no turno da noite e um à tarde) e sete o ensino médio do turno da noite. As idades destes jovens variaram entre os 16 e os 24 anos. Dezenove deles têm orientação afetiva e sexual heterossexual¹¹. Dentre estes, três são casados, têm filhos; um está amasiado e tem filhos. Dois estão solteiros e têm orientação homossexual¹²; um é solteiro e tem orientação bissexual¹³.

Todos são provenientes de micro regiões urbanas do Estado da Paraíba, oriundos de famílias nucleares (pai, mãe e irmãos). Alguns residem em casas e apartamentos dos patrões no mesmo bairro onde trabalham ou residem em bairros circunvizinhos da cidade de João Pessoa (PB). Outros residem em uma área urbanizada próxima à orla marítima, a qual, está composta de uma longa fila de casas que estão situadas às margens do Rio Jaguaribe e que possuem aproximadamente, oitocentas moradias em condições estruturais precárias, com altos índices de violência, de prostituição, de tráfico e de consumo de drogas ilícitas.

A maioria dos jovens pertence à classe social baixa, sobrevive em condições sócioeconômicas desfavorecidas pelo sistema capitalista, excludente, dominante em países de terceiro mundo, como o Brasil; trabalha durante o dia como empregados domésticos, porteiros de edifícios, auxiliares de serviços gerais, proprietários de cantina, técnicos em eletrônica, vendedores em lojas comerciais, pintores de imóveis, jardineiros, operários de fábricas de tubos de PVC, com os quais recebem seus proventos que ajudam no sustento de suas famílias.

¹¹ Orientação sexual é o sentimento de atração direcionado à pessoa com quem se deseja relacionar amorosa e sexualmente. Quando se fala em desejo sexual, compreendemo-lo como o movimento interno erótico impulsionado por uma carga de atração física e emocional. A pessoa pode ter orientação sexual heterossexual quando a tem desejos afetivos e sexuais por outra pessoa do sexo oposto (Picazio, 1998^{ab}).

¹² Orientação homossexual – A pessoa que sente desejos afetivos e sexuais por pessoas do mesmo sexo (Picazio, 1998^{ab}).

¹³ Orientação bissexual – A pessoa que sente desejos afetivos e sexuais por pessoas de ambos os sexos. A sua orientação sexual não está direcionada para um dos sexos, mas para os dois (Picazio, 1998^{ab}).

Conheçamos o perfil destes atores sociais, aonde os nomes apresentados são fictícios atendendo-se assim a um procedimento da ética em pesquisa com seres humanos (para uma visão mais ampliada perfil destes atores vide anexo VI – Resumo das Entrevistas).

☞ **Peter** é solteiro, tem dezesseis anos, é estudante da sétima série do ensino fundamental do período da noite, natural de Santa Rita – PB, filho de pais separados, tem um irmão, reside com a mãe no Bairro de Manaíra, localizado na orla marítima em João Pessoa – PB.

☞ **Fábio** é estudante da primeira série do ensino fundamental do período da noite, natural de Patos – PB, filho de pais separados, dezesseis anos, solteiro, cinco irmãos, reside com a mãe e o padrasto há quatro meses no Bairro São José localizado próximo à orla marítima em João Pessoa – PB.

☞ **Rodrigo** é estudante da segunda série do ensino fundamental do período da noite, tem dezoito anos, solteiro, natural de Areia – PB, filho de agricultor e de empregada doméstica. Tem dez irmãos: seis homens e quatro mulheres. Há um ano e oito meses trabalha em casa de família como empregado doméstico, localizada no Bairro do Bessa em João Pessoa – PB.

☞ **Eric** é estudante da sétima série do ensino fundamental do período da noite, natural de Sapé – PB, tem dezoito anos, solteiro, trabalha em casa de família como jardineiro. Tem sete irmãos: três homens e quatro mulheres. Há quatro anos reside no Bairro São José localizado em João Pessoa – PB.

☞ **Adriano** é solteiro, tem vinte anos, é estudante da sétima série do ensino fundamental do período da

noite, caçula de oito irmãos: cinco homens e três mulheres. Órfão de pai desde os dois anos reside com a mãe, três irmãos e uma prima no Bairro de Manaíra localizado em João Pessoa – PB.

☞ **Fabrizio** é estudante da oitava série do ensino fundamental do período da noite, dezoito anos, casado, pai de dois filhos, tem quatro irmãos: dois homens e duas mulheres, está empregado como porteiro de edifício, reside no Bairro São José localizado em João Pessoa – PB.

☞ **Jean** é estudante da segunda série do ensino fundamental do período da noite, natural de Alagoa Grande – PB, filho de agricultores, vinte e quatro anos, solteiro, biscateiro. Tem quatorze irmãos: dez homens e quatro mulheres. Está residindo com uma irmã, no conjunto residencial Funcionários II, localizado em João Pessoa – PB.

☞ **Marcelo** é estudante da terceira série do ensino médio do período da noite, vinte e quatro anos, solteiro, pai de um filho e esperando o segundo, órfão de pai, seis irmãos: dois homens e quatro mulheres, porteiro de edifício, reside no Bairro de Tambaú localizado na orla marítima de João Pessoa – PB.

☞ **Wilkson** é estudante da terceira série do ensino médio do período da noite, natural de João Pessoa – PB, vinte e um anos, solteiro, órfão de pai, quatro irmãos: um homem e três mulheres, encarregado pelos serviços gerais de uma escola

particular, reside no Bairro São José localizado próximo da orla marítima de João Pessoa – PB.

☞ **Gilberto** é estudante da terceira série do ensino fundamental do período da noite, natural de Alagoa Grande – PB, órfão de pai há sete anos, dezoito anos, solteiro, nove irmãos: seis homens e três mulheres. Faz três anos que reside em casa do patrão situada no Bairro de Manaíra em João Pessoa – PB.

☞ **César** é estudante da segunda série do ensino fundamental do período da noite, natural de Areia – PB, filho de agricultores, dezenove anos, casado, pai aos dezesseis anos de dois garotos gêmeos. Tem treze irmãos: nove homens e quatro mulheres. Trabalha numa loja comercial com a função de serviços gerais. Reside no bairro de Manaíra em João Pessoa – PB.

☞ **Kairo** é estudante da terceira série do ensino médio do período da noite, natural de Campina Grande – PB, vinte e um anos, casado, pai de duas filhas, tem onze irmãos: seis homens e três mulheres. Trabalha numa fábrica de PVC. Reside no bairro de Manaíra em João Pessoa – PB.

☞ **Edvan** é estudante da segunda série do ensino fundamental do período da noite, natural de Areia – PB, dezoito anos, solteiro, empregado doméstico, órfão de pai há um ano e meio, tem dez irmãos: quatro mulheres e seis homens. Há um ano reside no apartamento de seu patrão, situado no bairro do Bessa em João Pessoa – PB.

☞ **André** é aluno da primeira série do ensino fundamental do período da noite, natural do Sítio Chapada — PB, dezenove anos, solteiro, filho de

agricultores. Faz dois anos que reside em casa de família, onde trabalha como empregado doméstico, localizada no Bairro de Manaíra em João Pessoa — PB.

☞ **Emanuel** é estudante da primeira série do ensino médio do período da noite, natural de Juru – PB, vinte anos, solteiro, trabalha como pintor de imóveis, tem sete irmãos: três homens e quatro mulheres. Reside com uma das irmãs no bairro São José, localizado em João Pessoa – PB.

☞ **Isaias** é estudante da primeira série do ensino médio do período da noite, natural de Piancó – PB, vinte e três anos, solteiro, órfão de mãe desde os seis anos, três irmãos: dois homens e uma mulher. Reside em Manaíra, bairro da orla marítima de João Pessoa – PB.

☞ **Wilder** é estudante da terceira série do ensino médio do período da noite, natural de Mari – PB, vinte e um anos, solteiro, técnico em eletrônica, órfão de pai desde os dois anos, tem nove irmãos. Reside em Manaíra, bairro da orla marítima de João Pessoa – PB.

☞ **Robson** é estudante da terceira série do ensino fundamental do período da noite, vinte e dois anos, solteiro, natural de Sapé – PB. Tem pai e mãe e um casal de irmãos.. Trabalha como vendedor numa loja de material esportivo. Atualmente, reside com dois amigos no Bairro de Jaguaribe, localizado em João Pessoa – PB.

☞ **Victor** é estudante da oitava série do ensino fundamental do período da noite, órfão de mãe, vinte e três anos, solteiro, tem seis irmãos, reside e trabalha em casa de família como empregado doméstico, localizada no

Bairro do Bessa na orla marítima de João Pessoa – PB.

☞ *Jonathan* é estudante *da quinta série* do ensino fundamental do período da tarde, natural de Sumé – PB, órfão de pai, dezessete anos, solteiro. Reside com a mãe e com um irmão no Bairro de Manaíra localizado na orla marítima de João Pessoa – PB.

☞ *Walter* é estudante da segunda série do ensino fundamental do período da noite, natural de Juazeirinho – PB, dezoito anos, solteiro, porteiro de edifício, tem duas irmãs, reside no Bairro de Tambaú, localizado na orla marítima de João Pessoa – PB.

Para que estes jovens participassem deste estudo, considerei as seguintes condições como necessárias:

Usarem do livre arbítrio

1) Estarem regularmente matriculados e freqüentando o ensino fundamental ou o médio.

2) Estarem na faixa etária dos 10 aos 24 anos¹⁴; terem vida sexual ativa

3) Terem a autorização, por escrito, de seus pais ou seus responsáveis, exceto os maiores de dezoito anos (Anexo I, II e III).

Por outro lado, todos foram informados dos objetivos desta pesquisa e do caráter de privacidade que as informações receberiam após ser transcritas, preservando suas identidades e a identificação da instituição a qual pertencem (Anexo IV).

Em pesquisa com o método qualitativo é condição *sine qua non* o aceite das pessoas para participarem dela, sobretudo, quando o objeto de estudo opera na esfera da subjetividade e dos significados simbólicos da prática social. A trajetória é um processo contínuo desenvolvido em todo caminhar da pesquisa qualitativa e nela não existe norma que determine a quantidade de sujeitos — depende da compreensão do fenômeno e prossegue até o momento em que não surgirem novas convergências (Minayo, 1992).

Portanto, o número de jovens deste estudo — vinte e um — não foi determinado *a priori*, mas no decorrer do processo quando surgiram, ao longo das entrevistas individuais gravadas, as características invariantes — a repetição notória de determinados dados de conteúdo, ocorrentes na maior parte dos depoimentos. Estes foram coletados até o momento em que foi possível visualizar as convergências nas falas dos entrevistados. Este número foi determinado à medida que o fenômeno ia sendo conhecido, julgado suficiente, considerando-se

¹⁴ A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera, cronologicamente, a adolescência como o período entre os 10 aos 20 anos; considera ainda a adolescência inicial — dos 10 aos 14 anos e adolescência final — dos 15 aos 20 anos; denomina de juventude o período compreendido entre os 15 e os 24 anos (Organización Mundial de la Salud: *problemas de salud de la adolescencia*. Ser. Inf. Tecn. v. 308, 1965).

a ocorrência de convergências. Sendo assim, iniciei a pesquisa após o preenchimento de todos os requisitos plenos especificados acima.

5. REFLEXÕES PROCESSUAIS DA INVESTIGAÇÃO

5.1. O que relatar sobre o método de pesquisa escolhido?

Ao proceder com esta etapa, deparei-me com algumas dificuldades relacionadas com a definição do método de pesquisa a ser escolhido, pois tinha apresentado uma proposta de investigação de natureza quantitativa para a Comissão de Seleção do Programa de Pós-Graduação da UNIFESP/EPM e após cursar as disciplinas do doutorado tencionava realizar uma pesquisa diferente da proposta recém elaborada e do estudo realizado no Curso de Mestrado em Enfermagem, ou seja, gostaria de realizar uma pesquisa com o método de investigação qualitativa.

Após realizar diversas leituras pertinentes ao assunto observei que era crescente o interesse que os pesquisadores da área da saúde e, particularmente, os da Enfermagem vêm demonstrando pelo emprego do método de pesquisa qualitativa, o qual, se caracteriza como um método que procura descrever e analisar a cultura e o comportamento de seres humanos e de seus grupos, do ponto de vista daqueles que estão sendo investigados e analisados, enfatizando a compreensão do contexto no qual a pesquisa ocorre, contando com técnicas de pesquisa flexíveis e interativas.

Neste sentido, o material de natureza descritiva enfatiza mais o processo que o produto com o qual o pesquisador se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes, analisando as informações num processo mais organizado. Visto de uma outra maneira, este método de pesquisa é particularmente útil porque descreve fenômenos da perspectiva emic, isto é, da perspectiva do ponto de vista do próprio sujeito. Empregando-se este método, as atitudes e as suposições são examinadas, tal qual o fenômeno ocorre no contexto real.

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador trabalhar com valores, crenças, hábitos, atitudes, opiniões — componentes contidos nas representações sociais — e possibilita-lhe, assim, aprofundar fenômenos

caracterizados por um alto grau de complexidade interna. Portanto, este método comporta as características mencionadas por Chizzotti (1991) quais sejam, a imersão do pesquisador nas circunstâncias e no contexto da pesquisa, a saber:

- 1) O mergulho nos sentidos e nas emoções.
- 2) O reconhecimento dos atores sociais como pessoas que produzem conhecimentos e práticas.
- 3) Os resultados como fruto de um trabalho coletivo resultante da dinâmica entre pesquisador e pesquisado.
- 4) A aceitação de todos os fenômenos como igualmente importantes e preciosos: a constância e a ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio, as revelações e os ocultamentos, o significado manifesto e o que permanece oculto.

Após estas observações terem sido feitas e entre as alternativas disponíveis de pesquisas, optei por realizar uma pesquisa qualitativa, na qual me preocupei mais em conhecer a realidade do exercício da sexualidade de jovens, percebida e narrada por eles, desvelando que significados eles atribuem às práticas de sexo mais seguro, ao HIV e a aids, deixando de lado as tabelas reveladoras de parcelas inanimadas de pesquisados anônimos e, por vezes. Irreconhecíveis. Neste sentido, Minayo (1994) afirma: a pesquisa qualitativa permite, ao pesquisador, trabalhar com valores, crenças, hábitos, atitudes, opiniões; componentes contidos nas representações e possibilita-lhe, assim, aprofundar fenômenos caracterizados por um alto grau de complexidade interna.

A investigação no campo conceituais das representações firmemente imbricadas no contexto social do qual estas emergem, é condição essencial para o desenvolvimento deste estudo. As práticas e relacionamentos sexuais entre seres humanos são múltiplos e diversificados. Compreendê-los, significa imergir na realidade daqueles que se exercitam na sexualidade, inseridos em suas culturas, com suas idéias e imagens construídas, concepções de mundo e maneiras particulares de lidar com elas. O tema deste estudo demanda, assim, uma abordagem fundamentalmente interpretativa e o universo a ser pesquisado, não é, portanto, passível de ser captado por hipóteses perceptíveis e verificáveis.

E este universo que não pode ser quantificado é o campo, por excelência, do método de pesquisa qualitativa. Através dele, o pesquisador consegue imergir no mundo dos pesquisados, a partir dos quais, ações e relações adquirem sentidos. Portanto, a minha opção por este método, não se apresenta, desta maneira, como uma escolha pessoal, ela simplesmente decorre de questões formuladas na introdução deste estudo para as quais busco respostas.

Uma das críticas feitas a pesquisa qualitativa diz respeito ao rigor ao rigor do método utilizado, qual seja, a questão da cientificidade e da suposta fragilidade dela, embora se aceite que a produção intelectual é sempre um ponto de vista a respeito do objeto. Quanto ao exposto, Demo (1986) aponta alguns critérios de cientificidade internos e externos para que um trabalho seja considerado científico. Os critérios internos seriam:

1) A coerência — Significa a argumentação lógica, concatenada, premissas iniciais, construção do discurso e conclusões congruentes entre si.

2) A consistência — Traduz-se na capacidade de resistir a argumentações contrárias; refere-se à qualidade argumentativa do discurso.

3) A originalidade — Diz respeito a uma produção inovadora, que permite ao conhecimento avançar.

4) A objetivação — É a palavra empregada por Demo para substituir o conceito de objetividade, uma vez que não aceita a possibilidade de um etnográfico.

Minayo (1993) complementa esta observação de Demo e afirma que admitir o trabalho científico pressupõe a cooperação de numerosos esforços individuais e, submeter o produto do conhecimento à interface das discussões indicam somente que a pluralidade de perspectivas permite lançar diferentes focos de luz a respeito do objeto estudado e não que a verdade seja o resultado dos pontos de vista dos vários estudiosos.

Eu imaginava que esta etapa já estaria definida, mas, pelo contrário; faltava encontrar o/a orientador/a que tivesse como linha de pesquisa a sexualidade. Não conhecendo muito bem os professores pesquisadores da escola, fui em busca de informações com os dirigentes da instituição. As

informações recaíram sobre duas professoras, que poderiam me orientar; marquei encontro com uma delas e fiquei sabendo que ela não estava credenciada para fazer orientações; então, restava-me ir procurar a outra professora; conversamos e ela me aceitou como orientando e sugeriu que trabalhasse esta pesquisa associando com os conceitos da Teoria das Representações Sociais. Fiquei surpreso, pois, ainda não tinha realizado nenhuma pesquisa com esta área do conhecimento das Ciências Sociais e fui novamente fazer leituras para verificar sua pertinência com o meu propósito, e cheguei a conclusão que era possível fazer a pesquisa aportando-me dos conceitos desta Teoria.

5.2. A elaboração do roteiro semi-estruturado

O roteiro semi-estruturado para a coleta de informações desta pesquisa foi elaborado após várias reuniões com a orientadora Prof^a Dr^a Eleonora Meniccuci de Oliveira com o objetivo de adequar os questionamentos aos objetivos propostos. De início pensei em confeccioná-lo com base na realidade sócio-cultural e educacional dos jovens da escola na qual pretendia fazer a coleta de informações. Desta maneira, o primeiro instrumento foi elaborado com a intenção de colher maiores informações possíveis sobre o exercício da sexualidade dos jovens do sexo masculino.

As discussões e reuniões prosseguiram e evidenciaram que outros aspectos da sexualidade deveriam ser melhores explorados, uma vez que, poder-se-ia constituir em foco de interesse dos entrevistados. À medida que novas reuniões foram realizadas, novos aspectos eram trazidos a discussão com a orientadora, com vistas a serem delimitados e direcionados para os aspectos específicos do que se pretendia pesquisar.

Esta foi uma das etapas iniciais da pesquisa que mais se fez reuniões e discussões, pois, houve a necessidade de o roteiro ser modificado várias vezes. O processo de elaborar um roteiro de pesquisa é muito laborioso, razão pela qual, possivelmente, muitos trabalhos de pesquisa facultam a descrição desta etapa. Entretanto, se é minha pretensão que os resultados desta pesquisa sejam considerados de credibilidade científica ou que tenham utilidade prática, considero-a importante sua descrição.

Com o objetivo de conhecer como as práticas de sexo mais seguro, o HIV e a aids são elaboradas e estão representadas pelos jovens elaborei um roteiro composto de onze questionamentos que atendessem a este propósito. Inicialmente formulei várias questões que após passar pelo crivo da orientadora se resumiram em três questões básicas sobre o tema em apreço, além daquelas relacionadas com os dados sócio-demográficos:

- 1) O que você entende por práticas de sexo mais seguro?
- 2) O que significa para você o HIV?
- 3) O que significa para você a aids?

Sendo assim, com estas questões contemplei a visão do jovem na perspectiva de me oferecer subsídios para que eu elaborasse uma proposta de intervenções educativas para os mesmos. Fiz a opção pela aplicabilidade de um roteiro semi-estruturado apoiando-me nas seguintes suposições destes autores:

De acordo com Minayo (1992) entrevistar não é uma técnica simples. O pesquisador deve estar atento para o fato de que a informação desejada vem mesclada pelo fenômeno psicoafetivo e pelas intercorrências advindas da interação entrevistador—entrevistado, sempre presentes no processo de comunicação. A entrevista como técnica de coleta de informações é ampla e contempla uma série de questões que vão desde a fidedignidade do informante ao lugar social do pesquisador. Através de este procedimento poder-se-á obter dados objetivos e subjetivos.

Para Morin (1973) a entrevista é uma técnica difícil e vários são os problemas que interferem em seus resultados incluindo o fato de estar fundamentada na mais duvidosa e rica das fontes: a palavra, correndo-se o risco permanente da dissimulação. Não basta elaborar um roteiro para garantir a captação da realidade e a veracidade das informações; é preciso compreender as limitações que esta técnica impõe e minimizar as possibilidades de desvio mediante mecanismos de controle que poderemos impor aos elementos que constituem a entrevista. Para Haguetti (1992), o roteiro, o entrevistado e a situação interacional entre o entrevistador e o entrevistado são fatores que se

constituem em vieses na técnica da entrevista.

Segundo Thiollent (1980) de acordo com a terminologia corrente, que não problematiza a situação de observação, questionários e entrevistas são considerados como técnicas de observação direta pelo fato de estabelecerem um contato efetivo com as pessoas implicadas no problema investigado. Ainda para o mesmo autor, “o questionário é aplicado a um conjunto de pessoas escolhidas por diversos procedimentos em função de critérios de representatividade da população global, objeto de investigação”.

Segundo Polit e Hungler (1995) os pesquisadores precisam monitorar com cuidado o enunciado de cada pergunta, na busca de clareza, sensibilidade ao estado psicológico dos respondentes, ausência de tendenciosidade, e o nível de leitura.

Em conformidade com Thiollent (1980) os diversos tipos de entrevistas ou de questionários captam informações que, segundo os casos, é de natureza factual, perceptiva, opinativa, atitudinal ou apenas reativa.

A observação que a Polit e Hungler (1995) fazem diz respeito as perguntas que têm de ser seqüenciadas numa ordem psicologicamente significativa e que o questionário seja construído de forma a estimular a colaboração e a franqueza do pesquisado.

Como observação Thiollent (1980) pontua o relacionamento entre o pesquisador e o seu objeto no campo dos “fenômenos sociais” e afirma que este relacionamento se exprime, em termos culturais, como interpretação do mundo dos outros e, em termos interindividuais, ao nível das relações concretas de investigação de campo, onde os questionários e entrevistas são um dos meios técnicos deste relacionamento. observa ainda: a representação da realidade social como relação sujeito/objeto, na qual, o sujeito possui diversos atributos é inerente à maioria das técnicas de pesquisas.

Mediante estes procedimentos estratégicos de coleta de informações, procurei conhecer:

- 1) As características sociodemográficas dos jovens a serem pesquisados;

2) A existência da disciplina sobre sexualidade na escola e de sua abordagem; a existência de um serviço de orientação sexual;

3) O número de alunos matriculados no ensino fundamental da escola a ser pesquisada;

4) Os temas mais importantes, abordados nos conteúdos das aulas de Biologia;

5) Os livros, textos e complementares adotados.

5.3. Da coleta de informações à trajetória percorrida

A trajetória percorrida para eu obter autorização para iniciar este estudo até manter os primeiros contatos com os jovens na escola teve início logo após eu concluir os créditos do doutorado, no mês de setembro de 1997. Esta trajetória foi estabelecida a partir de contatos mantidos previamente com os diretores da escola, com o diretor da Secretaria Regional do Ensino e com a Secretária de Educação do Estado da Paraíba.

Essa caminhada foi pautada de dificuldades e burocracias que demorou um mês, aproximadamente. A princípio, contatei com o diretor da escola no propósito de obter permissão para iniciar a minha pesquisa com os alunos daquele estabelecimento de ensino. Entretanto, ele me fez uma exigência para dar o seu consentimento. Solicitou-me que apresentasse um documento oficial esclarecendo sobre o desenvolvimento da pesquisa. Elaborei um termo de autorização e o enviei pelo e-mail para a Coordenação do Curso de Doutorado em Enfermagem da UNIFESP no sentido de que fosse assinado por minha orientadora Dra. Eleonora Menicucci de Oliveira. O motivo de o ter enviado por e-mail foi a greve nacional estabelecida pelos Correios no mês de setembro que paralisou as atividades de envio e entrega de correspondências.

Após ter obtido este documento, que foi trazido em mãos por minha orientadora, retornei a escola e conversei novamente com o diretor, o qual, solicitou-me que eu fosse pedir autorização ao diretor do 1º Núcleo Regional do Ensino. Falei com o diretor que, de imediato, prontificou-se a colaborar comigo. Ele me solicitou o documento juntamente com uma cópia do projeto e os levou a

Secretária de Educação do Estado para que ela tomasse conhecimento da pesquisa e em seguida autorizasse o seu início.

Após estabelecer estes trâmites legais para o início de minha pesquisa, a iniciei no mês de outubro, quando mantive os primeiros contatos com os jovens do turno da tarde em colaboração com a vice-diretora da escola. No intervalo das três primeiras aulas, que tinha a duração de vinte minutos, ela os chamou para que eu pudesse falar com todos na sala de vídeo da escola. Enquanto ela andava pelo pátio da escola, gritava:

Homens, homens! Só queremos homens! Ei rapaz, você não é homem não? Venham assistir a uma palestra que lhes interessam muito. Venham, venham todos.

Enquanto isso, eu os esperava em sala de aula. Em poucos minutos a sala estava repleta de alunos com olhares curiosos e apresentando-se um pouco ansiosos. Quando todos estavam acomodados em seus devidos lugares, pude visualizar as diferenças entre idade e a maneira como eles se organizaram. Os mais novos ficaram separados dos mais velhos. Falavam entre si e estavam inquietos. Apresentei-me e logo comecei a fazer algumas explicações sobre o projeto de pesquisa para um grupo de quarenta estudantes, aproximadamente.

À medida que apresentava o projeto ia escrevendo no quadro de giz o nome da pesquisa e detalhei os itens: introdução, objetivos, justificativa e metodologia. Enfatizei-lhes sobre a disseminação acelerada do HIV e da aids na adolescência em decorrência de praticas sexuais de alto risco. Todos permaneciam em silêncio. Estavam atentas as minhas exposições. Quando lhes expus os critérios de seleção da pesquisa, o silêncio foi quebrado. O item que lhes chamou a atenção foi o de ter vida sexual ativa. Um deles pronunciou-se e disse-nos:

Professor, deste grupo aqui eu acho difícil você fazer essa pesquisa, porque aí é que tá o problema! Ainda não transamos!

Outros alunos saíram sem nada me dizer. Alguns me perguntaram porque eu não realizaria esta pesquisa com eles sem levar em consideração os critérios ora estabelecidos para esta pesquisa. Expliquei-lhes que se assim o

fizéssemos teria que modificar a proposta de trabalho. Eles me compreenderam. Mas, prometi-lhes que voltaria para realizar, em outro momento, um mini curso educativo-preventivo sobre sexualidade, DSTs, HIV e aids com os interessados. Ao final da exposição do projeto ficaram uns oito jovens em sala de vídeo que se enquadraram nos critérios de seleção da pesquisa. Resolvi marcar outro encontro para que eles recebessem o termo de consentimento e o levasse para seus pais ou seus responsáveis o assinarem. Assim o fiz. Quando obtive o termo de consentimento devidamente assinado, marcamos as entrevistas individuais. Entretanto, estas não chegaram a acontecer porque os estudantes não compareceram ao local das entrevistas conforme havíamos marcado.

Posteriormente, reunimos novamente o grupo na sala de vídeo da escola onde estabelecemos uma conversa sobre a ausência deles nos dias marcados das entrevistas. Argumentaram que tinham interesse em participar da pesquisa, mas a condição imposta de ter vida sexual ativa os impedia. Conversamos por mais de meia hora. Prometi-lhes voltar em uma outra ocasião para realizar um mini curso educativo-preventivo sobre sexualidade, DSTs, HIV, e aids com os interessados. Eles demonstraram interesse pelo mini curso e já queriam que estabelecesse a data do início dele. Mas, para que eles não saíssem sem informação sobre os temas que iriam ser abordados na entrevista pude passar-lhes algumas sobre a importância de se prevenirem contra as DSTs, o HIV e a aids quando fossem ter a primeira relação sexual e nas subseqüentes.

Após esta experiência com os jovens do período da tarde, fui em busca dos jovens do período da noite com a expectativa de obter uma grande aceitação e participação deles pela pesquisa. A princípio, a estratégia utilizada foi contatai com a assistente social, que coordenava o Serviço de Orientação Educacional da escola, e com o representante dos estudantes, pois pensava que eles poderiam ser um ponto de apoio na condução dessa pesquisa. Falei-lhes sobre o projeto, especificando-lhes detalhadamente a metodologia a ser empregada: tratava-se de uma pesquisa qualitativa com roteiro de entrevistas semi-estruturado, no qual, seria feita entrevista individual gravada para melhor angariar as informações dos entrevistados. Ela ficou surpresa e disse-me: gravada? Mas, o aluno não vai saber disso, vai?

Respondi-lhe que sim, pois sempre faz parte do Código de Ética em Pesquisa informar os participantes todos os trâmites legais da pesquisa. Pedi-lhes que colaborassem comigo no sentido de me apresentar os alunos que gostariam em participar dela. O representante dos alunos ficou entusiasmado com a pesquisa e informei-lhe que os jovens tinham que atender aos critérios estabelecidos para a pesquisa. Ele me disse que tinha entendido todo o exposto e que não me preocupasse. Esclareci-lhes que ficaria a critério do aluno em realizar a entrevista na escola ou em outro local, se assim o desejasse. Eles se comprometeram a me ajudar e fiquei de voltar em seguida para saber do resultado. Voltei à escola e falei com o representante dos alunos que me relatou da dificuldade que teve para convencer os alunos a participarem desta pesquisa, pois ele não havia conseguido nenhum voluntário:

Os caras daqui são muito frouxos, um bando de boiolas! Eles me disseram que se fosse uma mulher, era mais fácil para eles realizarem a pesquisa, mas logo um homem para falar sobre sexo!

Após ouvir esta declaração do representante dos alunos, fiquei bastante surpreso. Agradei-lhe pela colaboração dispensada e disse-lhe que em breve iria voltar. Fui embora desanimado e tratei de planejar estratégias para conseguir os participantes para esta pesquisa. Voltei à escola e resolvi adotar a mesma estratégia utilizada com os jovens do período da tarde: reuni-los na sala de vídeo e explanar sobre o projeto. Assim o fiz. No entanto, não deu certo porque alguns alunos não tinham aula até o intervalo. Assim, pensei na estratégia de entrar em sala de aula para apresentá-lo. Resolvi proceder desta maneira, mesmo tendo que interromper a aula. Pedia licença à professora e, em trinta minutos, expus o projeto. No final de minha apresentação, a estratégia por mim utilizada, foi sendo alcançada. Os interessados foram se apresentando como voluntários e, de imediato, fui agendando-os em um formulário específico e entregando-lhes os termos de consentimento para que os mesmos pudessem assiná-lo e me entregar de imediato. Desta maneira, eu estaria cumprindo as determinações estabelecidas pela Resolução 196 de 1996 do Ministério da Saúde sobre pesquisa com seres humanos.

Entretanto, houve reclamação por parte das jovens quanto a participação exclusiva de homens na pesquisa. Elas me perguntaram:

Por que só os homens poderiam participar desta pesquisa?
Isto era uma forma de discriminação para com as mulheres.

Expliquei-lhes a importância da pesquisa para mim e para eles e da carência de investigações com a participação de jovens do sexo masculino, principalmente na área da sexualidade, por isso, estava priorizando trabalhar com eles e que, em hipótese alguma, tratava-se de discriminação com as mulheres. Elas se deram por satisfeitas, mas pediram-me que ministrasse um mini curso preventivo sobre as DSTs, o HIV e a aids só para elas. Entretanto, antes disso acontecer realizei algumas palestras onde, ao final, reservei tempo para discussão com as mesmas.

Vale salientar que este foi um processo enriquecido de aprendizagem e gratificação junto aos jovens. Pude perceber as dificuldades que o pesquisador enfrenta ao realizar uma investigação científica quando o foco de atenção recai sobre jovens do sexo masculino. Por experiência em pesquisas passadas, percebi que com as jovens é difícil também, principalmente por eu ser do sexo oposto.

Portanto, após seguir esta trajetória foi que consegui realizar as primeiras entrevistas gravadas individuais com os jovens desta escola. Saliento que, apesar de ter havido um grande interesse dos estudantes do período da tarde em participar desta pesquisa, onde foram contatados cerca de quarenta, apenas um se enquadrou em todos os critérios estabelecidos por mim para a sua realização. A maioria dos jovens foi do período da noite.

5.4. Onde e como as entrevistas aconteceram?

Realizei as entrevistas no período de outubro de 1997 a junho de 1998 mediante agendamento prévio, com data e horário marcado, segundo as disponibilidades dos jovens nos seguintes locais da escola: na sala de vídeo, na quadra poli esportiva e na sala de orientação educacional, as quais, promoveu-nos um clima de aproximação e de confidencialidade com todos os informantes. Para isto, elaborei uma ficha específica que me permitisse ter um maior controle

sobre as entrevistas agendadas conforme o desejo de participação deles. Entregava-lhes a ficha de agendamento para que a preenchesse com nome, data e horário, para realizar as entrevistas individuais. Lembrava-lhes que poderiam ser realizadas três sessões de entrevistas por noite e que o intervalo entre elas deveria ser de uma hora, para não haver coincidência de data e horário.

Antes de iniciá-las, testava e preparava o gravador com fita cassete de noventa minutos de duração cada. Informava-lhes sobre os objetivos da pesquisa e solicitava-lhes a colaboração deles, assim como a permissão em utilizar, posteriormente, as informações obtidas para publicação. Para isto, entregava-lhes o termo de consentimento pós-informado, para que eles o assinassem e me devolvessem logo em seguida.

Um dos meus cuidados foi o de garantir a condução adequada das entrevistas, que implicou em um processo de constante autoavaliação do meu papel como entrevistador. Esta análise crítica foi-me valiosa para o aperfeiçoamento da técnica e, conseqüente, qualificação das informações obtidas. Bourdieu (1998) ressalta que a entrevista como procedimento de pesquisa constitui uma espécie de intruso sempre um pouco arbitrária e implica certo grau de dissimetria, na medida em que é o pesquisador quem, de modo unilateral, atribui os objetivos à entrevista, inicia e estabelece as regras do jogo. A consciência desses elementos, incorporada à disposição de escuta ativa e metódica durante a entrevista, permite ao pesquisador penetrar nos pontos de vista e pensamentos do entrevistado para lhe oferecer as condições de objetivação; essa mesma consciência deve ser mantida nas etapas de transcrição das fitas gravadas e de análise dos dados.

A entrevista gravada exige um trabalho de construção que representa uma ponte entre a entrevista propriamente dita e o procedimento de análise. A transcrição literal é uma forma de tradução ou até uma interpretação, sendo "preciso, às vezes, aliviar o texto de certos desdobramentos parasitas, de certas frases confusas, de redundâncias verbais ou de tiques de linguagem" procurando preservar a integridade do discurso oral, por meio de recursos de pontuação. O autor enfatiza que "transcrever é necessariamente escrever no sentido de reescrever: como a passagem do escrito para o oral que o teatro faz, a

passagem do oral ao escrito impõe, com a mudança da base, infidelidades que são, sem dúvida, a condição de uma verdadeira fidelidade" (Bourdieu, 1998).

Fez-se necessário para o êxito deste estudo, preparar os jovens antes das entrevistas gravadas individuais, ao levar em consideração, como condição básica, que eles se sentissem à vontade para serem entrevistados na temática das práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids propiciando-lhes um ambiente seguro para que verbalizassem da melhor maneira as indagações elaboradas. Na condição de pesquisador, lhes enfatizei que o meu compromisso foi o de manter sigilo e respeito pelas suas informações sem levá-los ao conhecimento de outros colegas, pais, diretores e orientadores educacionais para que estas não fossem utilizadas como forma avaliativa ou punitiva contra eles.

Foi-me necessário estabelecer e cumprir estas regras para todos os jovens, pois, o meu propósito foi o de buscar não só repostas para os questionamentos, mas, de viabilizar meios para trabalhar, posteriormente, as representações encontradas em seus depoimentos para que eles não viessem a reforçar atitudes que pudessem interferir negativamente em seus bem-estar individual e coletivo, estimulando-os para um amplo processo participativo que os levassem a apropriação sobre a importância de se prevenirem e prevenirem aos outros do HIV e da aids, contribuindo de fato para as suas formações moral e intelectual.

Considerei todas estas características e fiz uma investigação do fenômeno no ambiente escolar dos entrevistados adotando todas as medidas necessárias para salvaguardar a privacidade deles deste trabalho. Outro aspecto que considerei importante, diz respeito a minha saída do campo, enquanto local de pesquisa. Adotei a comunicação escrita e por telefone para manter um vínculo com o grupo pesquisado. Isto foi possível porque lhes entregava uma folha contendo o meu endereço e o número do telefone no momento em que eles se apresentavam como voluntários para a pesquisa. Coloque-me, desde então, a disposição deles para quaisquer contatos ou desenvolver outras atividades que viriam a se constituir objeto de suas preocupações e/ou de suas necessidades. Para Minayo (1993) a visão de mundo do pesquisador e dos autores sociais está

implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. É uma condição da pesquisa, que uma vez conhecida e assumida pode ter como fruto a tentativa de objetivação do conhecimento. Ainda para a mesma autora, a realidade social só se apreende por aproximação.

5.5. E o que relatar sobre a tarefa de analisar as informações?

Nesta fase, também me deparei com algumas dificuldades. A primeira foi em obter uma definição de qual abordagem seguir para trabalhar as entrevistas gravadas, o que me levou a adotar e adaptar o modelo proposto por Bardin (1977) da Técnica de Análise de Conteúdo. Escolhi esta técnica por dois motivos precípuos: por esta ser uma técnica que se aplica a toda e qualquer comunicação com transferência de significados de um emissor a um receptor e porque se utiliza procedimento sistemático para descrever os conteúdos das mensagens e extrair deles indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção dessas mensagens, o que vem a ser um dos objetivos da Teoria das Representações Sociais.

A outra dificuldade encontrada por mim se relacionou a como trabalhar as representações a partir das informações contidas nas entrevistas para que eu pudesse dar continuidade ao processo de análise. Tal fato chegou a gerar atrasos no início do trabalho, uma vez que era fundamental para concluí-lo. A tarefa de analisar as representações de jovens sobre a adoção de práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids impõem-me alguns desafios, uma vez que estes, no cotidiano, estão expostos a informações explícitas ou implícitas sobre estes temas em questão, sejam elas educativas ou não, interpretando-as de maneiras singulares, podendo respondê-las diferentemente com negações, descrenças, esquecimentos ou assimilações equivocadas para as mesmas informações. Diante disso, surgiram estas indagações: qual será a melhor maneira de trabalhar as representações sociais coletadas a partir dos depoimentos dos sujeitos deste estudo? Como trabalhá-las?

Estas e outras indagações fazem parte do processo que enveredam pelos meandros das pesquisas em saúde, envolvendo o método qualitativo. Minayo (1992), chama a atenção do pesquisador para os obstáculos que

precisam ser superados, como, “a ilusão das transparências”, “acreditar que os fatos são tão familiares que falem por si” ou que “é fácil selecionar os fatos concretos com a abstração teórica e encorajosamente construir uma relação linear teórico-prática esquecendo-se dos determinantes sociais destes”.

Sendo assim, resolvi adotar e adaptar a orientação de Bardin (1976) e Vala (1986) que indicam três operações básicas, além da leitura flutuante.

1) A necessidade da constituição de um corpus de análise, que, no caso deste estudo, o corpus é constituído pelas entrevistas.

2) A definição de categorias, ou seja, ao se analisar um documento, no caso as entrevistas, dever-se-á realizar a categorização e a classificação dos seus conteúdos tendo em vista a redução da complexidade do mesmo, para uma apreensão da realidade e posterior explicação. Sendo assim, ter-se-á que organizar todos os aspectos presentes nas entrevistas segundo um significado comum em códigos (categorias), que são compostos por termos-chave, indicando a significação central do conceito que se quer apreender e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito. Desta maneira, a inclusão de um segmento de texto numa categoria pressupõe a detecção dos indicadores relativos a esta categoria (por exemplo, na categoria Entendimento sobre as práticas de sexo mais seguro foram agrupadas todas as respostas que tinham em comum a atribuição de entendimento das práticas: uso de camisinha e assim por diante, sempre agrupando segundo um significado comum). Tais categorias devem possuir uma validade interna, ou seja, devem ser exaustivas, garantindo que todas as unidades de registro possam ser colocadas numa das categorias, e, em segundo lugar, exclusivas, (de forma que cada unidade de registro só possa caber numa categoria).

3) A terceira operação destacada por Bardin (1976) e Vala (1986) é a definição das unidades de análise que são de três tipos: unidade de registro, unidade de contexto e unidade de enumeração. "As unidades de registro são os segmentos determinados de conteúdo que se caracterizam colocando-os numa dada categoria" (Vala, 1986:114). Tais unidades podem ser palavras, frases, personagens, tema ou unidade de informação, no caso deste estudo, a unidade escolhida é a temática, que são os temas ou unidades de fala. Outro tipo de

unidade é a de contexto que se refere ao significado da frase ao parágrafo e a totalidade da entrevista E, por fim, tem-se a unidade de enumeração, através da qual se realiza a quantificação da presença ou ausência de unidades no discurso.

Eu imaginava que esta etapa seria executada de maneira mais rápida que as anteriores, mas, pelo contrário, demonstrou-se lenta e cansativa, principalmente, pela dificuldade de encontrar a literatura que buscava, o que me obrigou à leitura da maioria dos conteúdos dos textos para verificar sua pertinência com o meu propósito.

Cada entrevista foi previamente trabalhada, de forma a possibilitar um adequado processamento da análise dos dados; e isto, através de uma seqüência de tarefas, desde a transcrição das fitas gravadas, até o mapeamento e delimitação das categorias nos depoimentos de cada entrevistado.

Assim, das exaustivas leituras vertical e horizontal das entrevistas e do processo de interpretação dos dados, no qual, as categorias identificadas nos depoimentos referentes aos questionamentos abordados com os jovens sobre seu entendimento das práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids foram agrupadas e classificadas as seguintes categorias, as quais, analisei a luz dos conceitos da Teoria das Representações Sociais:

1) Entendimento sobre as Práticas de Sexo Mais Seguro.

2) Entendimento sobre o HIV e a aids — Nesta categoria estão ancorados os entendimentos dos jovens sobre o HIV e a aids.

Saliento que esta pesquisa não teve a pretensão de ser representativa no que diz respeito ao aspecto distributivo dos fenômenos das práticas de sexo mais segura, do HIV e da aids e, se alguma possibilidade de generalização adveio da análise realizada, somente poderá ser vista e entendida dentro das linhas de demarcação do vasto território das possibilidades. O foco da análise encontra-se centrado no específico, no peculiar, no individual, embora ligados e relacionados a contextos sociais dos quais as particularidades emergem, nos quais as diversidades se constroem. Interessa-me a compreensão, em profundidade, de significados, de intencionalidades, e a interpretação dada por mim será uma entre muitas.

Diante de todo o exposto, foi muito gratificante para mim receber incentivos, elogios e solidariedade dos colegas pelo desafio lançado. Reconheço que realizar esta etapa da pesquisa representou para mim um crescimento profissional e pessoal muito significativo, bem como perceber a importância do presente estudo.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1. Os resultados sendo analisados e discutidos

Os estudos com a Teoria das Representações Sociais (TRS) são um campo vasto de pesquisa, pois englobam uma variedade de assuntos: (1) estão relacionadas com qualquer objeto social transmitido pela comunicação; (2) podem ocorrer em qualquer lugar onde as pessoas se comunicam e (3) situam-se na interseção do individual e do social. Por outro lado, seus conceitos resgatam a dimensão social do conhecimento além de elucidar aspectos do comportamento humano. Portanto, as Representações Sociais são maneiras de pensar, interpretar a realidade cotidiana e de conhecimentos sociais (Jodelet, 1986). Entretanto, Moscovici (1978) adverte que se deve entendê-las de um modo ativo, pois, seu papel consiste em modelar o que é dado do exterior na medida em que as pessoas e os grupos se relacionam, percebem no decurso das interações sociais uma remodelação dos elementos, uma verdadeira reconstrução do proporcionado no contexto de valores, noções e regras sociais.

Com base no contexto acima descrito e por acreditar, também, que a princípio possa discutir e esclarecer as dificuldades que os jovens do sexo masculino apresentam nos exercícios da sexualidade relacionadas com a adoção de práticas de sexo mais seguro e nos entendimentos sobre o HIV e a aids, fiz a opção por usar os conceitos da teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici (1978) e seguidores neste estudo, que após proceder com a transcrição e a análise das entrevistas dos vinte e um participantes, identifiquei as seguintes categorias:

1) Entendimento sobre as práticas de sexo mais seguro.

2) Entendimento sobre o HIV e a aids.

Portanto, analisarei estas categorias identificando os significados simbólicos das práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids ancorados e objetivados pelos jovens, que se utilizaram de expressões metafóricas. Neste sentido, Moscovici (1978) afirma: objetivar significa reabsorver um excesso de

significados; trazendo ao âmbito da observação o que apenas era inferência ou símbolo e neste processo, o desconhecido torna-se conhecido, materializando o que era abstrato e transformando o conceito em imagem. Logo, a objetivação tem como função facilitar comunicações, traduzindo-as do saber do senso comum; para tanto, ela dota de um caráter material as abstrações e as imagens dos indivíduos, transformando as palavras em “*coisas*” dando assim, corpo a cada pensamento.

1) Entendimento sobre as práticas de sexo mais seguro

As representações sobre as práticas de sexo mais seguro, no entendimento quase unânime dos vinte e um participantes deste estudo, ancoram-se no *uso da camisinha, na escolha do/a parceiro/a e na prevenção de DSTs e de gravidez*. Estas ancoragens foram identificadas a partir do seguinte questionamento: *O que significa práticas de sexo mais seguro?* As respostas são apresentadas nas seguintes expressões metafóricas: *é usar a camisinha; é o uso da camisinha e de comprimidos; é se orientar para usar a camisinha; é escolher o parceiro sexual e usar a camisinha; é praticar o sexo usando a camisinha; é praticar o sexo com segurança; é evitar a aids e usar a camisinha; significa se proteger da aids, das DSTs e de fazer bebê*.

Entretanto, observo que algumas das falas dos jovens corroboram com uma abordagem teórica mais ampla *sobre Práticas de Sexo Mais Seguro* que vai além do uso da camisinha, ao mesmo tempo em que estas não se restringem ao sexo *pênis/vagina, pênis/ânus, pênis/boca e suas variações*; inclui tópicos que não são freqüentemente mencionados nem na literatura popular nem na mídia falada, escrita e televisiva, tais como: *higiene, saber o que evitar nas práticas sexuais e tomar as decisões mais acertadas*.

Saliento que o termo *higiene*, neste sentido, pode ser entendido *como a prática de manter algumas regras mais saudáveis para a prevenção de doenças e, conseqüentemente, promoção da saúde*. Por outro lado, nesta era do HIV e da aids, esta pode significar, também, *evitar tanto trocas de fluidos como secreções corporais durante a realização de práticas sexuais vaginais, anais e orais*. Para o Ministério da Saúde (1994) o termo *Práticas de Sexo Mais Seguro*

pode ser entendido como *um conjunto de cuidados e habilidades que cada pessoa pode desenvolver para evitar práticas sexuais que apresentam riscos indesejados tanto para si quanto para o/a outro/a*.

Por outro lado, enfatizo que estes riscos estão relacionados tanto aos *físicos*, como: adquirir e/ou transmitir DSTs, injúrias, possibilidade de ocorrer gravidezes e paternidades não planejadas, quanto aos psicológicos e/ou emocionais: ansiedades, medos, culpas, arrependimentos, preocupações, tensões, crises, depressões, dentre outros.

Desta maneira, foram consideradas as seguintes expressões metafóricas acompanhada da expressão *uso da camisinha* identificadas nas falas dos jovens: *usar comprimidos, evitar gravidez, ter higiene, gozar fora, fazer o teste anti HIV, escolher o/a parceiro/a, e, não existe seguro, seguro é não praticar sexo*. Realizado este procedimento, percebi que a dimensão das particularidades das falas dos jovens estava sendo omitida ao serem apresentadas estas expressões metafóricas. Por isto acontecer, optei em mostrar os recortes mais ampliados de suas falas intercalando-os no texto, que além de incluir as expressões metafóricas acima citadas, poderá ampliar a percepção do leitor para a subjetividade nelas contida, as quais, expressam, de modo particularizado, as representações de cada jovem ainda que semelhantes, mas, não idênticas. Neste sentido, Jodelet (1994) afirma: a construção da realidade efetiva-se pela criação de núcleos figurativos e naturalização das imagens em elementos da realidade. Desta maneira, os sujeitos utilizam as informações que apreendem da nova situação, bem como, acionam os mecanismos guardados (externo) o que a ele é devolvido, dependendo o fato de ao representar algo o sujeito não reproduz simplesmente, mas a reconstrói, o modifica e a nova existência deste objeto no exterior leva a marca de sua passagem pelo psiquismo individual pelo social. Eis as seguintes falas dos jovens:

O que me vem à cabeça quando você me pergunta o que é praticas de sexo mais seguro?! Eu acho que é o uso de camisinha no sexo.

Práticas de sexo mais seguro me diz prevenção, só em termos materiais. Eu entendo que na prevenção a pessoa deve usar a camisinha para se proteger. Só o que eu acho, o que eu sei que existe para proteção é só a camisinha.

Acho que em primeiro lugar práticas de sexo mais seguro é usar a camisinha, não é? Hoje em dia... depois, é ter higiene, saber como fazer essas coisas, não é? Sexo seguro é isso.

O que se pode observar nestas falas acima é que houve uma reorganização de imagens e linguagens realçadas e simbolizadas pelas respostas dos jovens que os torna comuns ao produzirem significados semelhantes sobre as *práticas de sexo mais seguro*. Neste sentido, possivelmente as teorias científicas, as pesquisas realizadas e divulgadas, a ideologia e os meios de comunicação de massa criam e veiculam uma imagem sobre as práticas de sexo mais seguro que se generaliza pela sociedade e se torna parte integrante das representações sociais, a partir de atitudes e comportamentos demarcados, contribuindo para criar a ótica pela qual as representações destas práticas são elaboradas, de tal maneira que aparecem homogeneizadas nas falas destes jovens.

Assim, práticas de sexo mais seguro é caracterizada como prática saudável que associada com o uso da camisinha reduz o risco físico de se contaminar com o HIV, com outras DSTs, de ocorrer gravidez e paternidade indesejadas após relações sexuais não planejadas. Assim posto, esta análise corrobora com Moscovici (1978) ao afirmar: representação social é uma modalidade do conhecimento que elabora comportamento e comunicação entre pessoas, vinculada a um sistema de valores, de noções e de práticas que são concebidas à pessoa como formas de se orientar no meio social e o de dominá-lo; tem como função social orientar comportamentos e de preparar a pessoa para agir.

Os jovens ao representarem desta maneira as práticas de sexo mais seguro, revelam um entendimento restrito que este termo em si apresenta, não indo além do *uso da camisinha* e se restringindo as práticas com penetração do pênis, de modo que beijos, abraços, carícias, massagens, masturbação mútua e a abstinência, parecem não estar no cotidiano das práticas sexuais dos mesmos. Isto, porém, pode ser explicado pela ótica de Jodelet (1986) ao apresentar a classificação da fase constituinte do processo de objetivação, afirmando: as informações que circulam serão objetos de uma seleção em função dos critérios

culturais, ou seja, todos os sujeitos do grupo não têm acesso igual as informações e, sobretudo, em função dos critérios normativos, as quais, são retidas tão somente aquelas que concordam com o sistema de valores do indivíduo: as proibições referentes aos exercícios da sexualidade ocultam os elementos das teorias relacionados com ela. Estas informações são separadas do campo científico a que pertencem, do grupo de especialistas que a concebeu e são apropriadas pelo grupo que, ao projetá-las como eixos de seu próprio universo, consegue dominá-las.

É sabido que nas práticas sexuais há muitos fluídos e secreções corpóreas envolvidos: *líquido pré-seminal, secreções cérvico-vaginais, sêmen, leite materno, saliva, suor, lágrimas, urina, fezes e até sangue*, com os quais, qualquer um/a dos/as parceiros/as sexuais poderá entrar em contato e se contaminar com o HIV e outras DSTs. Dentre estes, a maioria são excelentes reservatórios de agentes infecciosos e deveriam ser manuseados com bastante cuidado antes, durante e após as práticas de sexo protegidas ou não.

As relações sexuais desprotegidas vaginais, orais e anais podem ser realizadas com as práticas do *cunnilingus*¹⁵, *fellatio*¹⁶ e *annalingus*¹⁷, que envolvem um certo grau de risco — físico, psicológico e/ou emocional. Entretanto, quando realizadas com o mínimo de segurança são fontes de intensos prazeres mútuos. Para isto, cada pessoa terá que ser responsável pela própria saúde sexual e com a daquelas que poderiam ser infectadas antes, durante e após as relações sexuais em si.

¹⁵ Cunnilingus — Ato de estimular ou ter estimulado os órgãos sexuais feminino com os lábios e a língua.

² Fellatio — Ato de estimular ou ter estimulado os órgãos sexuais masculino com os lábios e a língua.

³ Annalingus — Ato de estimular ou ter estimulado o ânus com os lábios e a língua.

Existem algumas regras para as pessoas se manterem em comportamentos sexuais mais seguros, tais como:

1) Não praticar o sexo vaginal após o anal sem antes procederem com a higiene dos órgãos genitais com água e sabão, pelo menos, duas horas antes da relação sexual e em seguida colocar a camisinha. Feito isto, evita-se que as lesões provocadas neste procedimento se constitua em uma porta de entrada para microorganismos que provocam as DSTs e outras infecções entrar no organismo do parceiro.

2) Colocar camisinha antes da penetração do pênis ou de objetos sexuais, pois, as fezes carregam muitos microorganismos capazes de provocar infecção vaginal ao serem transferidos pelo pênis ou objetos sexuais. Usar sempre nas relações sexuais camisinhas, mas, não compartilhar com o parceiro. Estas são descartáveis. Este procedimento deve, também, ser feito para outros materiais sexuais, como pênis artificiais, vibradores, dentre outros, os quais, não devem ser partilhados, mas, lavados com água e sabão antes e após o seu uso.

3) Manter cuidado redobrado na prática do sexo oral e no beijo na boca se estiver com algum ferimento na cavidade bucal, como língua e gengivas machucadas, com sangramentos, aftas e dentes cariados. O HIV pode ser veiculado do/a seu/sua parceiro/a para a sua corrente sangüínea. Como também, não deve ser passada a língua em nenhum local com algum ferimento, por menor que seja este.

4) Ao praticar ou permitir que seja praticado em si o tribadismo, usa-se luva de látex cortada ou a camisinha em forma de quadrado ou o dental gim sobre a vulva ou o ânus.

5) Na penetração de dedos ou mãos na vagina ou no ânus (*"fisting fucking"*), usa-se dedeiras ou luvas de látex. Não penetrar mão, dedos ou objetos sexuais na vagina, após penetrar no ânus, sem trocar a luva de látex ou a dedeira.

6) Evitar entrar em contato com o sangue do seu parceiro, tanto nas práticas sado-masoquistas que provoquem sangramento, quanto na menstruação.

7) Evitar práticas que podem causar injúrias, como o “*fisting fucking*”. Se for adepto/a desta prática, usa-se luvas ou dedeiras de látex.

Estas regras devem ser mantidas em todas as relações sexuais, para assegurar que, desta maneira, estar-se-á reduzindo o risco de transmitir e/ou adquirir DSTs. Abaixo, estão listadas quase todas as atividades sexuais de acordo com o grau de risco que cada uma oferece:

☞ ***Algumas atividades sexuais de alto risco:***

- Relação sexual anal desprotegida com ejaculação
- Relação sexual vaginal desprotegida com ejaculação
- Partilhar agulhas e seringas
- Usar materiais perfuro-cortantes que possam conter partículas de sangue
- Relação sexual oral desprotegido numa mulher menstruada
- Relação sexual oral desprotegido sem ejaculação
- Relação sexual oral desprotegido com ejaculação
- Relação sexual oral anal desprotegida
- Sexo oral desprotegido numa mulher sem ela estar menstruada
- Fisting fucking* desprotegido
- Tomar leite materno, urina ou engolir fezes
- Partilhar objetos de práticas sexuais desprotegidos.

Os agentes infecciosos como vírus, bactérias, fungos e protozoários podem ser adquiridos e transmitidos em práticas sexuais vaginais, orais e anais sem o uso correto e adequado de camisinhas ou de barreiras de látex/plástica. Isto pode ocorrer devido à possibilidade de haver ferimentos na cavidade bucal, na vulva, no ânus, na área perianal, no pênis, nos testículos e estes materiais não oferecerem total proteção nestas áreas do corpo.

A deposição de esperma na boca, na vagina e no reto favorece a entrada do vírus HIV no organismo. O sêmen e as secreções vaginais são

potencialmente carreadoras deste vírus. Por outro lado, estas práticas permeiam o contato íntimo de pele com pele, favorecendo a aquisição e a transmissão de outras DSTs, como a sífilis, a gonorréia, o HPV, o herpes, as hepatites, a pediculose, a escabiose, dentre outras.

▣ ***Algumas atividades sexuais de risco moderado:***

- Relação sexual anal protegida
- Relação sexual vaginal protegida
- Relação sexual oral protegida na mulher
- Relação sexual oral protegida no homem
- Relação sexual oral anal protegida
- *Fisting fucking* protegido
- Masturbação mútua com luvas de látex
- Contato manual nos órgãos genitais usando luvas de látex
- Beijo na boca com troca de saliva e outras secreções.

Receber o sêmen na boca e engoli-lo é muito mais arriscado para adquirir o HIV que praticar o sexo oral sem permitir que o parceiro ejacule em si. Engolir a secreção vaginal quando estiver praticando o sexo oral, pode ser um modo de contágio, embora menos arriscado que receber o sêmen na boca e engoli-lo. Deve-se ter cuidado, também, com resíduos de sangue menstrual na prática do sexo oral. Há vários casos registrados na literatura de pessoas que foram contaminadas desta maneira.

Quando há ferimentos ou sangramentos na cavidade bucal, o risco é aumentado, pois, se constitui em uma porta de entrada para os microorganismos causarem infecções. Colocar a camisinha e usar barreiras plástica ou de látex, antes do sexo oral ser realizado, é uma medida prudente para não se expor ao HIV e outros agentes infecciosos que provocam as DSTs, mesmo sendo considerada uma prática de risco moderado.

▣ ***Algumas atividades sexuais de baixo risco:***

- ▣ **Acariciar os órgãos genitais com luvas**
- ▣ **Masturbação a dois/duas sem o contato com as secreções e os órgãos genitais um/uma do/a outro/a**
- ▣ **Abrços, cheiros, carícias, toques, beijos secos, massagens, dentre outras.**

Estas atividades permitem pouco contato direto de pele com pele. Qualquer tipo de toque sem o uso de luvas é considerado, também, de alto risco para contrair ou transmitir DSTs, devido a possibilidade de haver imperceptíveis ferimentos nos dedos e nas mãos, favorecendo que infecções sejam adquiridas e/ou transmitidas em ambos.

▣ ***Algumas atividades sexuais seguras:***

- ▣ **Abstinência sexual**
- ▣ **Massagem erótica com luvas**
- ▣ **Masturbação solitária ou a dois/a duas sem contato com os órgãos e/ou secreções genitais do/a outro/a**
- ▣ **Diálogos, fantasias, sexo ao telefone e pela internet, dentre outras.**

Quando estas atividades são postas em prática, provavelmente, DSTs não são transmitidas ou adquiridas. Dialogar com o parceiro, esperar o período de incubação para várias doenças, manter os exames em dia também, são medidas importantes de permanecer saudável e, talvez, não transmitirem ou adquirirem doenças.

Aprender a se ouvir quando alguém quiser realizar alguma prática sexual mais arriscada e tomar a decisão mais acertada, é mais prudente e seguro. O jovem pode ter o resto da vida para se exercitar na sexualidade e pode não valer a pena se arriscar por uns poucos minutos de prazer fortuito e sem segurança.

Estes aspectos acima abordados são importantes por permitirem aos jovens que a partir da apreensão destas informações lhes sejam possível obter conhecimentos tanto relacionados com as diferentes práticas de sexo quanto aos riscos de se infectarem com o HIV e outras DSTs. Ressalto que ao serem repassadas informações de maneira informal para os jovens, estas possibilitam aos profissionais de saúde abordarem as diferentes dificuldades vivenciadas pelos envolvidos no exercício da sexualidade destes.

As informações acima especificadas dão um outro direcionamento ao que os jovens poderiam entender sobre *Práticas de Sexo Mais Seguro* e de tornar conhecido o que eles não sabem ou sabiam. Eles poderiam objetivar através de suas falas — imagens e significados — que *Práticas de Sexo Mais Seguro* é algo mais amplo, dinâmico, de modo a lhes mostrar que as pessoas estão sempre em processo de aquisição de conhecimentos, quer realizando práticas ou se comunicando com outras pessoas em seu universo social. Neste sentido, Jodelet (1996) afirma: uma estrutura de imagem reproduzirá de maneira visível uma estrutura conceitual, neste caso, o das *Práticas de Sexo Mais Seguro*, em que os conceitos se constituem em um conjunto gráfico e coerente que permite compreendê-los de forma individual e em relações e, ainda, transformar o aparelho psíquico em uma visão compatível com outras teorias ou visão do ser humano.

Mesmo que no cotidiano real destes jovens as práticas se mostrem diferentes, no virtual de suas representações existe uma realidade que se esboça em seus pensamentos e pode vir a ser utilizada no sentido de implementar mudanças no seu modo de agir, na sua prática, no seu cotidiano sexual. Neste sentido, Spink (1993) afirma: a representação social é uma construção do sujeito enquanto sujeito social; sujeito que não é apenas sujeito de determinações sociais nem independentes delas, pois as representações sociais são construções contextualizadas resultantes de condições em que elas surgiram e circulam.

As práticas sexuais partilhadas são oferecem várias alternativas e escolhas pessoais. A dois ou em grupo, podem ser completamente diferentes do ponto de vista objetivados e ancorados por cada um deles. Na verdade, este modo de pensar pode lhes trazer um movimento que revoluciona suas vidas e

lhes fazem olhar para um outro tipo de prática, onde a pessoa é o começo, o meio e o fim, como sujeito da ação e reação física, psicológica e emocional. Ao que parece, isto existe para que eles possam obter mais prazer no sexo. De acordo com Muraro (1983) o sexo é o elemento mais importante na esfera da interioridade, mediante o qual, libido, pulsões, desejos, prazeres se interagem, encontrando-se no lugar privilegiado da articulação dos dois eixos da vida humana: o individual e o coletivo.

Pelas práticas sexuais, quando livremente desejadas, as pessoas se aproximam, constroem vínculos afetivos, permutam afetos, prazeres, paixões e/ou amores. O sexo contém um elevado investimento afetivo e apresenta um conteúdo simbólico muito forte de ligação com o ato de viver e de se sentir vivo. Entretanto, em um relacionamento sexual consentido, ambos os parceiros são igualmente responsáveis pelo que ocorre e possa acarretar como consequência; ambos devem estar preparados psicologicamente e munidos com materiais para praticar sexo mais seguro, precisando, também, compreender como vários métodos de anticoncepção são usados e estar prontos para usar o escolhido; mesmo que saibam que o parceiro está usando um método anticoncepcional, precisam ter conhecimentos suficientes para avaliar a eficácia dele. Neste sentido, um jovem relata:

Entendo que práticas de sexo mais seguro, a mais conhecida é uma coisa de borracha que eu esqueci o nome agora; eu sei que coloca na vagina e ali o esperma não passa.

Nesta fala, o jovem se aportou da objetivação, transformando o abstrato (práticas de sexo mais seguro) em concreto (diafragma). Percebo que ele não se ancorou de conhecimentos técnicos científicos para explicar a funcionalidade do método contraceptivo *diafragma*. Sua explicação pode ter como base sua própria experiência de vida sexual; assim, lançando mão de uma expressão metafórica “*é uma coisa de borracha que eu esqueci o nome agora. Eu sei que coloca na vagina e ali o esperma não passa*”, ele consegue, embora sem lembrar do nome do método contraceptivo de barreira, saber que este está destinado a evitar a reprodução. Vale notar que através da ancoragem as coisas estranhas passam a se situar na fonte de origem de nossa cultura. Já por meio da

objetivação dá-se uma forma concreta à noção que se tem do objeto (Moscovici,1978).

Alguns jovens podem achar desconfortável e estranho ter que usar camisinhas numa situação em que a relação sexual é prazerosa sem estas e ter que aprender como é extremamente importante o exercício de sua sexualidade responsável, embora seja um processo complicado para muitos. O jovem na fala seguinte enfatiza, mediante a expressão metafórica, a questão do prazer, da confiança depositada na parceira, a utilização de um método contraceptivo popularmente conhecido como *gozar fora*, que em linguagem científica seria o coito interrompido, e evidencia implicitamente sua dificuldade e imaturidade de mudar seu comportamento de risco quando já se tem um certo tempo alguém como parceira sexual:

(...) se você gosta de uma menina e você não quer que ela transe com camisinha e você confia nela, você faz isso: transa com ela e goza fora, não é isso? Acho que é mais isso para não acontecer uma gravidez ou, por exemplo, você convivendo com uma pessoa durante um mês, um ano, eu acho que você só usa camisinha, você transa com ela, você não vai gozar dentro dela, goza fora. Eu acho que é isso através do cara não pegar a gravidez, é muito importante, não é? Ou não é isso?

A arte de negociar práticas de sexo mais seguro precisa ser desenvolvida por todos e, em especial, por aqueles que reconhecem que quaisquer pessoas podem estar em comportamentos de risco da saúde e em potencial de se contaminar e ser contaminado com algumas DSTs, inclusive com o HIV. Portanto, dependendo delas, muito mais do que o momento favorável ou a sorte, o sucesso das negociações para as práticas de sexo mais seguro, apresenta, dentre outras, as vantagens de melhorar a comunicação entre os parceiros; aumentar a intimidade e a confiança; prolongar o jogo sexual; aumentar a intensidade do orgasmo; diversificar o prazer sexual; diminuir a ansiedade e de fortalecer a relação com o parceiro.

Na maior parte do tempo as pessoas estão se envolvendo em uma negociação seja no lar, no trabalho, nas relações interpessoais afetivas e/ou sexuais cujo objetivo é a necessidade de se chegar a um entendimento. Por esta razão, cada vez mais, todos devem se empenhar em dominar esta arte seja para

alcançar satisfação e prazer, seja para conseguir relações afetivas e sexuais gratificantes e duradouras. Um dos mitos cultivados entre os jovens a respeito dos “negociadores sexuais de sucesso” é que eles têm uma habilidade a mais “um jeitinho especial e inato para a coisa”, que os capacita a obter resultados satisfatórios em suas investidas pessoais.

A bem da verdade, na mais das vezes, estes jovens não sabem o que e como devem fazer para conseguir obter êxito numa conquista. Alguns podem até argumentar que seu desempenho é consequência direta de experiências passadas e de uma grande motivação para conquistar, para seduzir. Cada pessoa é um ser único que pensa de maneira peculiar e, muitas vezes, diferente dos outros. Este modo de pensar, também, afeta a decisão de aceitar idéias inovadoras ou de novas conquistas. Podem honestamente desejar respeitar os princípios morais de alguém, mas, raramente eles se apresentarão de um modo tão claro que lhes permita percebê-los e considerá-los. De modo geral, eles estão escondidos em gestos, posturas e verbalizações aparentemente neutras. É essa diferença dos bons negociadores. Eles são capazes de perceber a maneira de pensar de cada pessoa, descobrindo aqueles valores escondidos e de grande importância individual para cada um e utilizando-os com habilidade durante a negociação. Quem negocia com excelência é capaz de estabelecer confiança entre si e o parceiro. E quando há confiança os parceiros se sentem mais à vontade para revelar suas necessidades e mostrar o que precisa estar presente na relação para que decidam o que é melhor para ambos.

O princípio, embora subjetivo, não é difícil de entender e é explicado pela neurolinguística, pois, nos relacionamentos pessoais estar-se-á obtendo um número de informações verbais e não verbais e dever-se-á utilizá-las para se comunicar melhor e conquistar não apenas autoconfiança; mas a confiança do outro ao apresentar uma proposta de se praticar sexo mais seguro. E qualquer que seja o contexto de uma negociação sexual, quem quer que seja o parceiro, um fato é incontestável: primeiro o parceiro adquire confiança e só depois, o relacionamento pode ser negociado, na maioria das vezes.

Sendo assim, o fato de gostar do seu parceira e com ela conviver dá ao jovem a certeza de que nenhum risco com ele/ela possa advir. O sentimento

de carinho, afeição, paixão e amor pela companheira lhe trazem a sensação de invulnerabilidade para as DSTs, por exemplo — sentimentos comuns entre pessoas que estão envolvidas afetivamente. A lógica deste sentimento baseia-se na resistência em acreditar que algum dano possa vir de alguém de quem se gosta.

Então, verbalizar para o/a parceiro/a que se deseja praticar sexo mais seguro, longe do risco de se contaminar ou transmitir DSTs, exigindo que sejam aceitas as condições impostas ou não haverá relação sexual com penetração. Existem várias maneiras de se prevenir de infecções por via sexual; uma delas é dizer *não* as relações sexuais se ainda não se sentir psicologicamente preparado/a ou optar por não tê-las simplesmente. Outra maneira é também manter relações sexuais com parceiro único, contanto que nenhum dos dois tenha se exposto a comportamentos de risco. Caso não se sinta seguro quanto a isso, usa-se as camisinhas.

Manter relações sexuais com um só parceiro pode ser um fator importante de segurança. Entretanto é necessário considerar que isso, por si só, não é suficiente seguro para prevenir as DSTs. É necessário nenhum dos parceiros tenha relações sexuais com mais ninguém, bem como, nenhum dos dois tenha no momento, ou tenha tido, comportamentos relacionados com a dependência de drogas por via venosa e nenhum tenha sido infectado com o HIV.

É importante levar em consideração que, nestes casos, mais do que em quaisquer outros, a confiança, o respeito e a honestidade são determinantes para um relacionamento saudável e prazeroso. Como a maioria das pessoas teve mais que um parceiro durante a vida, é conveniente realizar análises laboratoriais completas antes de abandonar as práticas de sexo mais seguro, pois, algumas infecções, como o HIV, podem demorar anos a desenvolver sintomas notórios. Quando há contágio, os parceiros que se infectaram podiam não saber que estavam infectados, esperar não nos infectar e/ou não ter sido totalmente honestos sobre a sua história sexual atual ou pregressa.

Existe sempre o risco de o parceiro sexual não ser honesto, pelo que é conveniente tomar precauções em todos os casos. A maioria das mulheres que contraíram HIV através de relacionamentos sexuais era, aparentemente, as

únicas parceiras sexuais dos seus únicos parceiros sexuais. Convém lembrar que muitas pessoas infectadas com DSTs não apresentam sinais nem sintomas característicos. Em tempos de aids é importante para os/as jovens reconhecerem o risco como possível, avaliarem e elegerem as alternativas de proteção disponíveis colocando-as em prática, sempre. Em caso de dúvidas e advirem alguns questionamentos, conversar sobre o assunto com pessoas confiáveis, refletindo sobre as fontes de informações que teve acesso e suas motivações lembrando que promoção à saúde nem sempre pode ser conjugada amigavelmente com posições religiosas ou princípios morais, são maneiras de usufruir do exercício na sexualidade com mais segurança, mais prazer e responsabilidade tanto para si quanto para o outro.

Há jovens que acreditam ainda que parceiros regulares estariam mais expostos a situações de risco. Entre parceiros/as fixos/as, sexo com penetração tende a ocorrer com mais freqüência e, como nas relações heterossexuais, é visto como emblemático no que concerne à intimidade, amor e confiança, o que faz dispensar o uso da camisinha (Bloor, 1995). Isso significa que sexo com parceiros regulares oferece probabilidade maior de sexo não seguro do que sexo com parceiros casuais, equivocando-se dessa maneira o que se tem representado por *práticas de sexo mais seguro*, como pode ser visto nesta fala abaixo:

Práticas de sexo mais seguro é ter um parceiro ou uma parceira fixa. É, pelo menos, ir de três em três meses fazer o teste HIV para lhe dar uma certa segurança em usar o preservativo com aquela pessoa que não a conhecemos bem ou mesmo com aquela que a conheçamos bem até durar alguns anos o relacionamento. Eu não confio mais em fazer sexo sem preservativos com uma pessoa mesmo que eu possa conhecê-la há dois anos.

A aids está ancorada como urna doença infecciosa, dotada de formas de contágios específicos, que obriga as pessoas, na mais das vezes, a mudanças de hábitos, atitudes ou mesmo comportamentos sexuais de risco, em ocasiões bastante difíceis, como está evidenciado nesta fala acima, em que o jovem acredita que ele tem que ir fazer exames anti HIV, pelo menos, de três em

três meses para ter maior segurança no relacionamento e desta maneira evitar o contágio com este vírus.

Infelizmente, de maneira simplista, são evidenciadas pela mídia, a importância de mudanças rápidas de comportamentos, com a adoção de práticas de sexo mais seguro, não sendo questionado as exigências da readaptação, transformando assim, o relacionamento sexual em um ritual, principalmente, na etapa do prazer sexual, desta feita, podendo gerar sentimentos de angústia para ambos os parceiros.

Regra geral é esperado que a pessoa se adapte a esta nova condição traumática, adaptação esta atribuída ao reconhecimento da situação, buscando um equilíbrio interno, que permita a reorganização do seu cotidiano. Alguns jovens recusam a relação sexual, raramente, de maneira objetiva, muitas vezes, com conflitos, prosseguindo com seus comportamentos de risco de maneira inconseqüente. A este respeito, Freire (APTA, 1994) afirma: para que o jovem não corra o risco desnecessário é preciso o conhecimento, mas, o conhecimento que defenda o direito de ter o prazer sem que ele se torne um risco de vida.

Ao analisar as falas dos jovens, percebo que nelas não há representado a relação das *práticas de sexo mais seguro ao prazer sexual*. Vale notar que isto pode comprovar como a representação da sexualidade está ancorada: não a liberdade de expressão do corpo e sim na repressão sexual, que é bastante reforçada pela igreja e em campanhas educativas preventivas quando dissociaram *o sexo do prazer, da informação, da liberdade, de várias expressões* nos exercícios da sexualidade de cada pessoa.

Para o jovem se desvencilhar deste padrão imposto pela igreja e convenção social, evitando a sua reprodução, precisaria assumir o prazer e a responsabilidade sobre o seu corpo e, por conseguinte, a sua vida sexual, o que seria, talvez, uma maneira de conceber o exercício da sexualidade diferente das gerações passadas. Seria, na verdade, fazer o diferente numa geração marcada de diferenças e pelas diferenças. A este respeito, Freire (APTA, 1994), em entrevista publicada no *Manual Como Falar de Aids nas Escolas de São Paulo* sobre os adolescentes afirma: (...) ter gozo, ter prazer poderia ser, inclusive, um

motivo para que a juventude se assumisse de modo diferente das gerações anteriores. Isto porque, as outras puderam experimentar do prazer de modo muito menos cuidadoso do que a de hoje.

Neste sentido, em tempos de HIV e de aids, praticar sexo mais seguro é uma necessidade para a preservação da vida após ser adotado um verdadeiro ritual para a obtenção do prazer sexual com um mínimo de riscos e que, muitas vezes, o jovem não está suficientemente informado/a e treinado/a para pô-los em prática. Por outro lado, este assumir o prazer pode e deve ser uma prática divertida, excitante, erótica e, acima de tudo, de responsabilidade mútua. Em geral, nestes tempos, o que conta não é quem seja a pessoa, mas, o que esta faz que a coloca em riscos para a infecção pelo HIV, adoecer de aids e padecer com outras conseqüências sexuais físicas ou psicológicas. Entretanto, Collins (1997) e Ayres (1998) observam que o risco de uma pessoa aumenta dado a presença dos seguintes co-fatores:

- 1) Biológicos (diagnóstico de DSTs)
- 2) Econômicos (pobreza, miséria)
- 3) Psicológicos (estressores de saúde mental)
- 4) Comportamentais (uso e abuso de drogas)
- 5) Sócio-situacionais (encarceramento, racismo, homofobia, sexismo, falta de acesso aos serviços básicos de saúde)

Jovens que cresceram durante a era do HIV e da aids, freqüentemente, sentem-se chateados ao terem que aprender a explorar sua sexualidade, tornando-se proficientes no entendimento dos comportamentos sexuais de riscos, utilizando-se dos métodos de prevenção, de negociação e de escolha da parceira ou até de abstinência sexual. Dependendo de como se estabelece a relação e do lugar ocupado pela sexualidade na vida de cada um dos/as parceiros/as num dado momento, o caminho para a adoção de uma prática de prevenção varia, incluindo inúmeras estratégias, como negociação, confronto, manipulação, discussão, sedução, chantagem, súplicas, dentre outras. É importante que as pessoas descubram que estratégia é mais factível e efetiva em cada situação, como pode ser visto nestas falas abaixo, em que os jovens acham

que não existe seguro numa prática do sexo, desta maneira, ancorando-se na abstinência e a barganha para a negociação sexual:

O que significa práticas de sexo mais seguro? Eu acho que não existe seguro, não é? Não sei, acho que mesmo usando preservativo ainda não é seguro; seguro é não transar, mas, usar o preservativo ainda é a melhor opção.

Olha, práticas de sexo mais seguro significa para mim que cada vez que eu queira transar eu vou procurar saber quem é a pessoa, com quem eu vou transar e mais agora que entendo sobre a aids. Então, práticas de sexo mais seguro eu entendo que é ter que se orientar sobre usar a camisinha, sobre qual deve ser a camisinha que seja reconhecida pela fábrica, pelo IMETRO, no caso; ela tem que usar também, não é? Porque se ela, por acaso estiver apressada deve me perguntar: — Você usa camisinha? Eu vou dizer não quero usar a camisinha. Agora, no caso, eu vou transar com ela e ela está apressada, doida para transar e eu doidão para ir transar com ela, eu quero saber o que ela tem: — Não, não precisa usar camisinha eu tomo pílula, ela me diz. — Mas, eu quero usar camisinha, digolhe. No caso de sexo mais seguro, é usar camisinha, insistir em usar camisinha.

Eu já ouvi falar sobre práticas de sexo mais seguro, mas, não é só usar camisinha é, também, escolher a parceira que você vai sair. É não sair com qualquer uma, quer dizer, você vai para uma festa e conhece uma garota e vai logo transar sem proteção? Não, não vai. Para mim, o que significa é isso.

Práticas de sexo mais seguro não é praticar o sexo usando camisinha, não é?.

Sendo assim, vejo que nesta era de novos valores em relação ao exercício da sexualidade, os jovens estão “obrigados” a mudar atitudes negativas e comportamentos de risco. Nas questões sexuais, isto é complicado, pois, envolve muitos elementos, como motivação, auto-imagem, apoio da família e dos amigos. As informações por si só não eliminam as pressões sociais nem as psicológicas que, freqüentemente, conduzem-nos aos comportamentos sexuais de risco. O fato é que mudar comportamento é um desafio amedrontador para todos. Além do mais, ter acesso a informações de como viver mais seguro é um importante pré-requisito para mudanças de comportamentos sexuais mais seguros. Neste sentido, De Rosa (1987) afirma: as representações se constituem em um conjunto de elementos informativos, cognitivos, ideológicos,

icônicos/simbólicos, relacionados às atitudes e aos valores que têm natureza prescritiva convencional da ação social e do comportamento que se expressa no cotidiano.

Ao tomarem decisões de abandonar comportamentos de risco e porém em prática comportamentos sexuais mais seguros, os jovens devem sentir que as práticas de sexo mais seguro penetrativas são tão prazerosas quanto as não penetrativas, tais como a masturbação mútua, as carícias, as massagens, os abraços e até a abstinência, desde que sejam apoiadas e encorajadas por um dos parceiros sexuais. Em virtude disso, ambos/as devem sentir que suas vidas estão sendo valorizadas para que permaneçam motivados/as a permanecerem com comportamentos sexuais mais seguros. Vale notar que o termo *abstinência* tem significados e empregos diferentes para as pessoas. Ele pode significar abster-se do sexo por completo, seja por imposição religiosa ou moral, seja por questão contraceptiva. Entretanto, em tempos de HIV e aids, os CDC (1994) o define como o refreamento de práticas sexuais que envolvam o sexo vaginal, anal e oral.

Por outro lado, ao assimilarem conteúdos preventivos em saúde, cada jovem poderá estar reestruturando os seus valores morais e éticos ao mesmo tempo em que a aquisição de um novo repertório de atitudes favoráveis as práticas de sexo mais seguro poderá garantir a prevenção internalizada, ou seja, que cada um passe a se comportar sexualmente de acordo com seus próprios princípios de vida, não se deixando levar por impulsos intempestivos. Além disso, práticas de sexo mais seguro e maturidade emocional podem ser aliados, significando a busca de envolvimento em relacionamentos afetivos e sexuais que fortaleçam a auto-estima, o respeito pelo próprio corpo, pelos sentimentos próprios e dos outros, pela igualdade de direitos e responsabilidades sóciossexuais partilhados. Para isto, a confiança e a comunicação entre os parceiros são de fundamentais importâncias para os envolvidos.

No que diz respeito à prevenção, ela se constitui na mais efetiva estratégia de controle de doenças de DSTs e, quando realizada pela não exposição aos fluidos e secreções corporais, tem-se a melhor estratégia de controle das DSTs. Comportamentos que eliminam ou reduzem os riscos de contrair DSTs, provavelmente, reduzirão os riscos para as outras; a prevenção de

um caso de DST pode resultar na prevenção de muitos casos subseqüentes. Também, a abstinência e o intercuro sexual com parceiros/as monogâmicos/as fiéis não infectados/as, são estilos de comportamentos estratégicos de prevenção mais segura. Nesta fala abaixo o jovem representa as práticas de sexo seguro como sendo *praticar o sexo com segurança para evitar problemas maiores em sua vida* e, simbolicamente, associa a representação da camisinha à diminuição do prazer sexual, mesmo ela sendo *fininha*:

Práticas de sexo mais seguro é praticar o sexo com segurança, é evitar a aids, é usar a camisinha, não é? É se prevenir sempre para não ter um problema de saúde grave como o HIV. Isso é muito importante! Vamos que a gente não tenha o mesmo prazer em praticar o sexo com camisinha, mas, é quase a mesma coisa, pois, ela é fininha.

Embora ainda não faça parte completamente dos hábitos sexuais de muitos jovens, o uso da camisinha está representado como sexo mais seguro, passando a ser prática obrigatória adotada ou a sê-la para aqueles que já iniciaram sua vida sexual e, também, um aprendizado para os que ainda não se iniciaram sexualmente, obrigando-os a tomarem precauções que diminuam o risco de transmissão e contágio de DSTs através de relações sexuais. Neste sentido, Abric (1994) ressalta: as representações permitem compreender a explicar a realidade através do saber prático do senso comum, permitindo aos atores sociais adquirir conhecimentos e integrá-los a um quadro assimilável e compreensível para eles em coerência com seu funcionamento cognitivo e os valores, os quais, advêm. Por outro lado, as representações, também, facilitam e são condições necessárias para a comunicação social definindo o quadro de referencias comum que permite a troca social a transmissão e a difusão deste saber ingênuo.

Observa-se na fala abaixo que, segundo este jovem, algumas mulheres ainda não se conscientizaram sobre a importância e a necessidade de usar a camisinha antes da relação sexual:

Práticas de sexo mais seguro é só transar com camisinha! Agora, tem umas mulheres que não estão nem aí, tanto faz para elas, tiram a roupa e se jogam na cama... Se o cara não colocar a camisinha, o cara se

fode na hora! Eu só ando com a minha carteira cheia de camisinhas.

Nesta fala, o que deve ser levado em consideração sobre a representação do papel da mulher na relação sexual e no seu papel diante do homem nessa relação é todo um contexto sócio-cultural em que se encontra inserido o uso da camisinha, principalmente, quando a iniciativa é tomada ou tem que ser tomada pela mulher. Entretanto, enquanto para muitas discutir práticas de sexo mais seguro é freqüentemente difícil, para outras, praticá-los pode ser mais ainda numa sociedade considerada “conservadora e machista”, como a nossa, que normatiza as relações entre os sexos como relações de poder, e que delegam a responsabilidade das conseqüências da relação sexual desprotegida exclusivamente às mulheres.

As práticas sexuais penetrativas peniana é uma realidade culturalmente valorizada na sociedade brasileira e as não penetrativas nem sempre são vivenciadas como uma relação sexual. Conteúdos simbólicos muito fortes envolvem a penetração, as representações associadas ao ato da camisinha evocam corpos confundidos, diluição no outro, entrega mútua e total, relação plenamente consumada, o que torna difícil sua supressão no encontro sexual (Parker, 1994; Barbosa, 1996; Villela, 1996).

Barbosa e Villela (1996) afirmam: os programas de controle da natalidade têm privilegiado, também, o uso de anticoncepcionais orais, o dispositivo intra-uterino e a esterilização feminina, em detrimento do uso de métodos de barreira, como é o caso das camisinhas masculina e feminina. A difusão da camisinha tem sido, portanto, restrita, nos programas de anticoncepção e isto favorece representações negativas da camisinha, associadas prevalentemente as DSTs e aos relacionamentos casuais com parceiras esporádicas ou prostitutas.

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, com quinhentos e três homossexuais e bissexuais do sexo masculino, Parker (1994) sugere que os comportamentos de alto risco continuam a ser praticados por mais da metade dos sujeitos entrevistados. A incidência de comportamentos de riscos com parceiras parece ser ainda mais significativa. Um total de cinquenta e seis por cento relatou

ter feito sexo anal com mulheres nos últimos seis meses e quarenta e três por cento relataram tê-lo feito sem o uso de camisinha. Dos cem por cento da amostra que relataram ter feito sexo vaginal nos seis meses que antecederam a entrevista, oitenta e nove por cento relataram tê-lo feito sem usar camisinha. Estes números demonstram a imagem do uso do preservativo como insatisfatória do ponto de vista erótico, independentemente das práticas ou parceiros sexuais envolvidos.

No universo das práticas sexuais na cultura brasileira, nota-se uma resistência generalizada ao uso da camisinha por parte de homens e mulheres. Goldstein (1996) reporta relatos de mulheres que afirmam jamais usar camisinha por gostar do contato de "carne com carne", acreditam que quem não tem problema com o uso da camisinha não gosta mesmo de transar; sexo com camisinha seria o mesmo que uma relação com roupa, e outros relatos semelhantes que refletem a dificuldade de incorporação do uso da camisinha. Nos grupos focais trabalhados pela autora, mesmo pessoas informadas e ativas na distribuição de camisinhas não gostam e não a usam.

Pode-se observar, assim, que no imaginário das práticas sexuais a camisinha é simbolicamente associada a representações de barreira, separação, quebra da intimidade, diminuição do prazer sexual, artificialidade, quando não de desconfiança e discriminação. Há que se levar em conta ainda a dificuldade da negociação de seu uso entre parceiros estáveis. Negociar o uso da camisinha subentende negociar a possibilidade de outras parcerias sexuais, diálogo inverossímil para as pessoas que estejam vivendo em uma relação supostamente monogâmica e que tenham a fidelidade recíproca como um princípio do relacionamento (Barbosa, Villela, 1996).

Se forem levadas em consideração as construções sociais que caracterizam as relações entre os gêneros, na cultura brasileira, pode ser facilmente observado que a construção simbólica da masculinidade inclui a multiparceira, ainda que velada e não abertamente admitida. Já a construção simbólica da feminilidade encontra-se ancorada primordialmente na maternidade e, da identidade feminina, fazem parte traços como a timidez, a fragilidade, a passividade, o conformismo e a fidelidade. A existência desta dupla moral nas

relações de gênero, sem dúvida alguma, dificulta a prevenção do HIV e de outras DSTs e torna utópico o discurso preventivo que propõe uma estratégia voltada para mulheres, quando não depende delas o controle da situação sexual do casal (Barbosa, Villela, 1996).

Então, limitar o conhecimento das práticas de sexo mais seguro ao uso da camisinha, como significado encontrado nas falas dos participantes deste estudo, implica que é preciso os jovens, neste sentido, adquirirem conhecimentos ou que saibam de tudo um pouco, para realizarem práticas de sexo mais seguras e mais prazerosas. Sendo assim, acredito que os jovens necessitam de uma educação sexual liberal, que inclua conhecimentos, inclusive, que lhes dêem um certo embasamento para serem solucionadores de seus problemas sexuais.

A camisinha é representada socialmente como o método preventivo mundialmente mais conhecido e utilizado para as práticas do sexo mais seguro pelo fato de ela ser comercialmente mais acessível, de maior divulgação pelos meios de comunicação de massa e de se constituir no método eficiente tanto contraceptivo como preventivo para várias DSTs, inclusive, o HIV, não dependendo de terceiros para a sua obtenção, desde que seja usada de maneira correta e contínua em todas as relações sexuais. Uma das vantagens ao usá-la corretamente, reside no fato de que o parceiro torna-se parte ativa no uso do contraceptivo, além de proteger a ambos da ameaça de contrair uma das DSTs. Dessa forma, é o único método contraceptivo destinado ao homem e explica também, neste estudo o porque dos jovens a ancoraram, quase unanimemente, como o mais conhecido para praticar o sexo mais seguro.

O uso adequado das camisinhas antes e durante cada contato ou relação sexual com penetração pode reduzir, mas, não eliminar totalmente o risco de contrair ou transmitir DSTs, principalmente, o condiloma acuminado, o herpes genital e a sífilis por causa de ulcerações na área genital provocadas por estas doenças, favorecidos pelo contato pele com pele. As pessoas que provavelmente se infectam ou sabem que estão infectadas com o HIV deveriam saber que o uso da camisinha não elimina completamente o risco de um novo contágio para eles mesmos e transmissão para as outras pessoas. Entretanto, para uma pessoa já infectada com o HIV, o uso da camisinha durante o intercuro sexual é ainda

muito importante, pois, evita passar a transmissão adiante, como também, a previne de ser re-infectada com outras cepas de HIV, o qual, poderia comprometer, ainda mais, o seu estado de saúde. Desta maneira, estas falas abaixo corroboram com o que foi observado neste parágrafo sobre a representação da camisinha:

Práticas de sexo mais seguro significa se proteger da aids, das DSTs e de fazer bebê. É, também, usar camisinha.

Práticas de sexo mais seguro é saber como sempre evitar doenças. Realmente, relação sexual mais segura é para evitar uma gravidez, para evitar pegar doença, é usar um preservativo. é bom, não é?.

A prática de colocar a camisinha. Tem outra coisa que coloca dentro da mulher... É, práticas de sexo mais seguro, com relação aos materiais, só conheço a camisinha e os comprimidos anticoncepcionais. O que eu conheço mesmo é isso: camisinha e anticoncepcionais.

Neste sentido, para estes jovens, a camisinha lhes provêem um mecanismo de barreira que deverá reduzir o risco de adquirir infecção através do pênis, lesões cérvico-vaginais, vulvares ou retais; para o/a parceiro/a, o uso apropriado e correto da camisinha deverá prevenir a deposição de sêmen na vagina, no ânus ou na boca, também, o contato com as descargas uretral, retal e exposição à lesões na glândula ou corpo do pênis. Para os agentes infecciosos que se disseminem mais de lesões que dos fluidos ou secreções corporais, a camisinha oferece menos proteção porque as áreas da pele não cobertas por ela podem ser infectadas ou vulneráveis a infecção. Vale notar que todas as formas de transmissão do HIV são preveníveis e até que não seja descoberta sua cura, a prevenção deverá continuar sendo a estratégia mais importante na luta contra a propagação dessa infecção. Para isto, a estratégia a ser utilizada consiste em reduzir a transmissão sexual, sangüínea e perinatal deste vírus.

No que se refere a estratégia de prevenção sexual, os CDC (1996, 1997) fornecem algumas informações úteis, tais como evitar práticas sexuais desprotegidas de maiores riscos com pessoas usuárias de drogas e com histórias de múltiplos/as parceiros/as sexuais; as camisinhas devem ser usadas de maneira correta e contínua para práticas de sexo oral, vaginal e anal e suas variações. Com isso, estas provêem um alto grau de proteção para ambos/as, contra o HIV e outras DSTs e aumenta a segurança para ambos/as, proporcionando-lhes mais prazer.

Além do uso das camisinhas recomendado pelo CDC para as práticas de sexo mais seguro, o Coalition For Positive Sexuality (CPS, 1997) acrescenta o uso de luvas cirúrgicas para as práticas de sexo em que dedos, mãos e punhos sejam introduzidos na vagina ou no ânus de ambos os parceiros. Após calçar as luvas, deve ser usado bastante lubrificante à base de água antes de serem introduzidos dedos, mãos ou punhos na vagina ou ânus de ambos os

parceiros. Ao ser adotado estes procedimentos, estar-se-á protegendo-se de infecções que podem ser transmitidas através de pequenos ferimentos existentes nos dedos, nas mãos ou nos punhos. Por outro lado, evita-se, também, que o/a parceiro/a sexual sofra injúrias provocadas por essas práticas na vagina ou no ânus.

No que se refere ao *cunnilingus* e ao *analingus*, uma barreira plástica ou de látex deve ser colocada sobre a vulva e o ânus de ambos/as os/as parceiros/as, antes de qualquer contato oral nessas áreas e usar adequadamente o tipo de camisinha masculina para as práticas do *fellatio*. Esta não deve ser a lubrificada, a qual é mais adequada para o sexo vaginal e anal. Utiliza-se nesse caso, a não lubrificada ou a aromatizada. Também, poderá ser utilizada a camisinha de língua associada com a barreira plástica para se ter uma maior segurança. Esta barreira deve ser usada uma vez com o parceiro sexual.

Em se tratando no uso de consolos, de vibradores ou de outros objetos utilizados em praticas sexuais, nestes objetos, antes que eles sejam introduzidos na boca, vagina ou no ânus deve ser colocado uma camisinha, como não deve haver a troca boca/vagina, boca/ânus, vagina/boca, ânus/boca, vagina/ânus, ânus/vagina destes objetos, sem antes limpá-los com álcool, água sanitária ou, simplesmente, lavá-los com água corrente e sabão. Feito isto, coloca-se uma nova camisinha e reinicia-se a relação com mais segurança e higiene.

Com relação ainda a camisinha, o CPS (1997) recomenda observar o prazo de validade e não utilizar aquelas que são armazenadas na carteira de cédulas. Estas deveriam ser estocadas em lugares secas sob temperatura ambiente e longe da luz do sol. As com invólucros danificados ou que apresentam sinais de desgastes pelo tempo não deveriam ser usadas. Em caso de dúvidas, em que não inspira confiança, despreza-se e substitui-se por outra. Ter cuidado ao abrir o invólucro da camisinha, observando-se o local apropriado para isto. Não deve ser usado o dente para abri-lo, pois há riscos de danificá-lo. Verificar, antes de colocá-la se ela está com o lado correto. Em caso positivo, ele desenrolará facilmente sobre o pênis ereto. Se o pênis não for circuncisado, deve-se expor a glândula retraíndo-se o prepúcio com as mãos antes de colocar a camisinha.

Para a prática de sexo anal deve ser adicionada algumas gotas de lubrificante, exclusivamente, à base de água, dentro da camisinha antes de desenrolá-la sobre o pênis e logo após em volta dela, para evitar injúrias no ânus, aumentar a sensação de prazer e evitar que ela se rompa ao ser penetrado o pênis ou materiais artificiais, uma vez que, o ânus é desprovido de lubrificação natural como a vagina; não devem ser usados os lubrificantes à base de óleos nem a saliva como tal, pois, estes podem danificar a camisinha. É fundamental que seja usada uma camisinha em cada relação sexual e para cada tipo de prática sexual, mesmo que seja com o/a mesmo/a parceiro/a sexual. Nunca reutilizar uma camisinha, pois, ela é descartável.

O uso da camisinha adicionado com espermicidas pode prover alguma proteção a mais contra muitas das DSTs, inclusive, para o HIV. Se a camisinha se romper ela deverá ser substituída imediatamente; se a ejaculação ocorrer após a ruptura da camisinha deverá ser usado imediatamente um espermicida local. Após a ejaculação, os cuidados deveriam ser mantidos para que a camisinha não escorregue do pênis antes da retirada; a base da camisinha deve ser segura com uma toalha de papel ou papel higiênico enquanto o pênis é retirado lentamente, ainda ereto da vagina ou do ânus. Esta medida evita o contato das mãos com as secreções vaginais ou fezes, os quais, podem conter microorganismos capazes de provocar infecções.

Quanto ao exposto, é verídico que muitos jovens se envolvem em práticas sexuais sem antes estabelecerem um relacionamento comprometido que permitam se conhecerem, estabelecerem confiança mútua e comunicação aberta. Neste enfoque, Tiba (1993) observa que muitos jovens embora estejam biologicamente prontos, psicossocialmente ainda estão em desenvolvimento. Muitos ainda têm dificuldades de encontrar um/a parceiro/a e esta relação, geralmente, resulta de uma progressão do relacionamento afetivo para o afetivo-sexual, resultando numa cópula sem afeto, sem amor verdadeiro onde o mais importante é satisfazer impulsos e desejos sexuais fortuitos.

Portanto, para que isto seja superado pelos jovens, acredito que ambos têm que estar preparados para a discussão de histórias sexuais pregressas, aquisição de DSTs atuais e passadas, o consumo de drogas, bem

como, o seu estado geral de saúde atual. Também, devem ter a liberdade de iniciarem ou recusarem qualquer prática sexual que não lhes agrade, sem se sentirem obrigados a prosseguirem nela, uma vez que, são diversas as práticas sexuais seguras realizadas por pessoas com orientação afetivo-sexual heterossexual, homossexual e bissexual que permitem o desfrutar do sexo de forma criativa e prazerosa, dando asas à imaginação com as fantasias sexuais.

Estas recomendações elaboradas para a adoção de práticas de sexo mais seguro, envolvem aspectos sócio-culturais relacionados com exercícios da sexualidade dos jovens frente a possibilidade de contágio com o HIV, com o adoecimento de aids e com outras DSTs. Diversos fatores estão contribuindo para que estes se exponham com maiores ou menores graus de riscos de contágio com este vírus, dentre estes, a falta de informações. Com isto, faz-se necessário difundir informações e lograr educação sexual a todos com diferentes níveis de escolaridade, com vistas a modificar e conscientizá-los sobre a importância da mudança de atitudes e comportamentos de riscos da saúde nos exercícios da sexualidade.

Ao se procurar entender os comportamentos de riscos sexuais ou não à saúde e as influências de co-fatores entre as pessoas sexualmente ativas, os provedores de saúde poderão designar programas com conteúdos mais efetivos direcionados aqueles e as necessidades da comunidade. A educação em saúde a favor da adoção de comportamentos sexuais mais seguros requer informações objetivas, planejamento prévio e ótima comunicação entre os/as parceiros/as, além de ser levado em consideração, os aspectos sócio-culturais, políticos, religiosos e econômicos envolvidos com o sexo. Com tais medidas, os/as parceiros/as podem desfrutar de um relacionamento sexual mais seguro minimizando os riscos potenciais de DSTs e outros agravos sexuais físicos e/ou emocionais.

2) Entendimento sobre o hiv e a aids

O entendimento que cada participante deste estudo apresenta sobre o HIV e a aids tem como base conhecimentos adquiridos em seu universo social partilhando informações e processando-as no dia-a-dia, portanto, singulares. É

válido salientar que, quando a reconstrução dos significados do HIV e da aids acontece, os jovens a fazem com base em expressões metafóricas já criadas e difundidas no meio em que vivem. Neste sentido, lhe são atribuídos significados pessoais que abrangem os campos da subjetividade e dos comportamentos sexuais, os quais podem influenciar de modo positivo ou negativo na maneira de ser exercitada a própria sexualidade. Com isso, observa-se que as objetivações metafóricas do HIV e da aids podem se assemelhar com o domínio do saber dos profissionais da área da saúde e dos que lidam diretamente com a questão da prevenção em si. Neste sentido, explica Jodelet (1994) o conhecimento produzido pelos sujeitos sociais “conhecimento do senso comum” é construído a partir de experiências individuais, mas, também, de informações, conhecimentos e modelos de pensamentos que são transmitidos pela cultura, educação e comunicação social.

Sendo assim, para obter os significados do HIV e da aids, elaborei o seguinte questionamento para os jovens: *o que significa o hiv e a aids?* As respostas atribuídas estão evidenciadas nas seguintes expressões metafóricas: *o HIV é uma doença muito perigosa que leva à morte; é um negócio que a gente deve se prevenir; é uma doença que vai destruindo o organismo aos poucos e deixando à mercê de várias doenças; é o começo da aids; é uma doença que tenho medo; é uma doença muito contagiosa; é quase a mesma coisa que a aids; pra mim, a aids é uma doença, uma doença muito contagiosa; na minha concepção a aids é uma coisa muito séria, que eu não a tenha nem discrimine quem a tem; estar com a aids é estar acompanhado com a morte, não tem outra escolha; rapaz, estar com a aids é o cara estar doente, estar doente para morrer. estar marcado para morrer; a aids para mim é uma doença muito forte, a mais forte de todas que mata, que deixa você sem amigos, você não fica que nem uma pessoa normal.*

Mediante estas expressões metafóricas, percebo que delas desprendem-se vários elementos para a análise: do HIV e da aids ancorados na morte — prevalecendo em quase todas as falas —, na doença perigosa, forte, que causa medo, dificuldade de lidar com o possível diagnóstico positivo, no isolamento social e na necessidade de prevenção. Procurarei analisar estas

ancoragens ao longo desta trajetória.

As pandemias do HIV e da aids tornaram-se extraordinariamente complexas e, cada vez mais, diversas no âmbito nacional, regional e comunitário. Como conseqüência, refletindo na grande variedade das circunstâncias sociais, econômicas e culturais, as quais, criam, ampliam e mantêm o potencial de exposição ao HIV e adoecimento de aids. Nos últimos vinte e poucos anos, estas infecções surgiram na terra e provocaram as mais graves crises nos setores de saúde pública deste século. O conhecimento de suas existências e gravidades, rapidamente difundido entre a população, a falta de seu início de possibilidades científicas para controlá-las e o fato de os primeiros casos terem sido diagnosticados em homossexuais do sexo masculino e usuários de drogas, contribuíram para que as percepções sociais das mesmas acarretassem prejuízos e temores antigos e, para estes grupos, foram responsabilizados pela difusão do HIV e da aids, tratando de explicar assim o que a sociedade sentia como uma grave ameaça e sentir-se excluída da mesma (Parker, 1994).

O HIV e a aids têm gerado grandes preocupações para diversos setores da sociedade, por se constituírem em graves problemas de saúde pública internacional, impondo altos custos pessoais, sociais e econômicos. Atribui-se a este fato, o crescente número de casos notificados de morbidade através das vias sangüínea e sexual e, também, pela sua alta taxa de letalidade em todos os grupos, principalmente, os pertencentes ao grupo jovem. Estas infecções envolvem uma ampla associação de sexo e drogas, invocando o medo e inibições nas pessoas. Como conseqüência, lhe são atribuídas expressões metafóricas como *doenças que causam medos, angústias, isolamentos sociais e perdas*. Neste sentido, o medo, de acordo com Martinez (1998) é sinal de vida, não de covardia; a existência necessita do medo, ele é o sinal de alerta, como são mostrados os recortes mais ampliados das falas dos jovens abaixo:

Já ouvi falar da aids e significa que eu tenho que me prevenir muito dela para não pegar essa doença, não é?

Rapaz, o Vírus da Imunodeficiência Humana é uma doença que eu tenho medo.

Já ouvi falar na aids e significa uma doença muito perigosa; isso mesmo, a aids é uma doença muito perigosa; a gente deve ter muito cuidado com ela.

Já ouvi falar no Vírus da Imunodeficiência Humana e significa para mim perigo, morte e o medo de contrai-lo.

A aids? a aids é uma doença que não tem cura, perigosa e que a gente deve evitá-la.

O que se observam nestas falas é um consenso na atribuição do significado do HIV e da aids para estes jovens, representado por diferentes significados que estão na base da representação destas infecções; representação esta correspondente ao processo de transmissão/contágio cujo nível de informação destes jovens sugere ser baixo. Estes, na sua maioria, referem-se a estas infecções como que causam medo. Percebo ainda que o HIV e a aids atualizaram vivências do medo, da precaução, exasperação, negação e discriminação. Estas atitudes fazem lembrar as mesmas que a população tinha no passado relacionado com a peste: medo, precaução, fuga, expurgo e isolamento. Em decorrência deste medo atribuído, o que pode gerar como consequência é a presença da discriminação, do estigma e do preconceito em relação aos seus portadores. Quanto a isto acontecer, lhe é atribuído à falta de conhecimento dos modos de transmissão das doenças, neste caso, do HIV e da aids, e a existência de tais sentimentos.

Deliberadamente, a questão da aids foi e ainda é manipulada socialmente para discriminar e estigmatizar, não só as pessoas soropositivas e/ou doentes, mas, também, todos aqueles que pertencem a grupos considerados com comportamento de maiores riscos: toxicômanos, encarcerados, homossexuais, prostitutas, michês, etc. O contágio com o HIV semeou o medo, limitou a espontaneidade afetiva das pessoas favorecendo ao individualismo e ao puritanismo. Assiste-se a um reforço da hipocrisia social no nosso contexto: volta-se a defesa de exclusivos modelos de convivência machista e heterossexista, radicalizando-se a violência contra as “minorias sexuais”.

A aids serve, pois, de desculpa para a manutenção da discriminação e prodomínio da cultura machista heterossexista em uma época de conservadorismo e regressão dos valores solidários. Assim, a luta contra o HIV e a aids converte-se em muitos casos numa luta contra as pessoas que se vêem afetadas. Neste ensejo, muitos homossexuais de ambos os sexos, toxicômanos,

encarcerados, prostitutas, garotos de programa e jovens acabam sendo discriminados e discriminadores.

Deve-se evitar participar desta cadeia machista. A aids é um problema que afeta a todas as pessoas: a saída não está em individualizar uma ameaça que é global. Tem-se que exigir informação, medidas urgentes, rejeitar o medo e os valores morais hipócritas e oportunistas. Supõe-se que a causa primaz do medo destas infecções esteja relacionada com sua origem, pois, os primeiros casos detectados surgiram em grupos já considerados discriminados e marginalizados socialmente — homossexuais do sexo masculino e usuários de drogas injetáveis — por não seguirem ou não terem sido oferecidas condições suficientes de seguirem os padrões pré estabelecidos das normas sociais vigente, incluindo, neste grupo, mães e as crianças infectadas por transmissão vertical.

Como resultado, a manutenção do segredo pessoal ou o medo da revelação de ser soropositivo e/ou estar doente de aids é mantido como medida para não se expor à discriminação social, o que pode gerar dificuldades para partilhar o seu padecimento com familiares e amigos mais íntimos. Como consequência a tudo isto, surgem os isolamentos sociais, os sentimentos de abandono e de vergonha. Este pré-julgamento aos soropositivos e doentes de aids é notado em todos os ambientes sociais, inclusive, no meio da própria categoria, a qual, pertença a pessoa, como pode ser observado nestas falas destes jovens:

Aids é uma coisa que não sei de tudo. Tenho a maior vontade de fazer o teste, mas, tenho medo do resultado. O que será que mata? É o vírus ou aquela pessoa ficar naquele estado de desprezo?! Ninguém quer ser amigo de um cara aidético. Se eu for aidético, se eu for? Tenho para mim que não é a própria doença que mata. Quem mata é a sociedade. É um dos grandes fatores que contribui para a morte do aidético. Eu, na minha vida, na minha vida lá na Igreja eu me considero um cara muito de cabeça, entendeu? Gosto de dar palavras de conforto a todas as pessoas, mas, se vier um cara me pedir uma força, se for um cara aidético? Será que eu vou ter coragem? Vou ter fé suficiente para toda hora tá conversando com ele? E o meu medo de pegar?

A aids para mim é uma doença muito forte, a mais forte de todas que mata, deixa você sem amigos, você não fica que

nem uma pessoa normal fica bem dizer paralisado, num canto sem amigos, não tem o carinho que tinha antes, não tem o apoio de todo mundo e fica uma pessoa desamparada; tem o apoio de algumas pessoas para não deixá-lo sozinho e morrer mais ligeiro, não é isso? Mas, a pessoa não fica como era antes, de maneira nenhuma.

Nestas falas, o que podem ser observados é que as infecções pelo HIV e aids são tragicamente oportunas, pois, tratam-se de infecções importantes pelo fato de mobilizar os sentimentos, as iniciativas humanas e reforçar todos os temores — arquétipos situacionais de modo ímpar. De um outro ponto de vista, representa, de uma só vez, tudo o que não se deseja para si: rejeição social, sofrimento físico e moral, impossibilidade de sobrevivência sem sobressaltos, morte prematura, cercada de todas as fantasias de destruição. Estas são as representações do HIV e da aids elaborados por estes jovens nestas falas acima.

Neste sentido, é oportuno lembrar que a representação social é o sentido pessoal que o indivíduo elabora sobre a sua realidade, envolvendo as suas próprias experiências, aspectos de teorias científicas, as imagens veiculadas pela mídia e informações que circulam no seu meio sobre um objeto social e sobre as relações que estabelece com outras pessoas. Mas, embora seja incorporada como uma visão pessoal da realidade, se constrói a partir da cultura e de suas determinações econômicas, históricas e sociais (Moscovici, 1978, 1993; Jodelet, 1986).

Os meios de comunicação de massa, somados a atitudes indesejáveis de alguns profissionais de saúde, tiveram papel fundamental na construção social e cultural do HIV e da aids, fomentando o medo e o preconceito através da reprodução e divulgação de informações distorcidas e equivocadas com relação à doença, fazendo com que até hoje os portadores do vírus HIV e doentes de aids sejam alvos de condenações, preconceitos, medos e discriminações.

Ancoradas como doenças perigosas, incuráveis, graves, fatais e de culpa pela transgressão de normas sociais em relação às práticas sexuais, o HIV e a aids, também, estão representadas nas falas dos jovens abaixo. Para Sontag (1991) as doenças transmissíveis associadas à culpa sexual favoreceram a origem do medo do contágio fácil e de fantasias absurdas sobre a transmissão

por meios não venéreos.

O HIV? Já ouvi falar. Significa aids. HIV significa uma doença que não existe cura. Existe se a gente evitar correr o risco de não usar preservativo. Eu creio que seja isso.

Já ouvi falar sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana. É uma doença grave.

Fica evidente nestas falas, a questão da auto responsabilidade atribuída ao contágio com o HIV e adoecimento com a aids ser de gerência pessoal o que poderá fazer com que a culpa apareça nestes jovens devido a forte pressão social em que o sexo está vinculado: preconceito, tabu e discriminação. A culpa é citada pelos existencialistas como sendo ontológica. O homem sente culpa, quando questiona a realização de suas possibilidades existenciais, quando renuncia a sua liberdade humana. Desta maneira, a culpa se faz presente quando dimensiona a responsabilidade social. No caso do HIV e da aids, mais que doenças graves, é a medida do tempo em que se vive — a aids é o preço da liberdade de não se comportar responsável nos exercícios da sexualidade. A culpa, segundo Petri (1988) quando ocasionada diante da revelação de um comportamento falho, trata-se de um engano. Essa culpa justificada só é cabível em situações onde estão presentes a vontade e o reconhecimento das conseqüências da ação.

As expressões metafóricas relacionadas com os problemas de saúde, na maioria das vezes, podem gerar associações simbólicas, que atingem profundamente pessoas portadoras de enfermidades estigmatizadoras, as quais, podem influenciar na própria percepção da doença, nas atitudes e no comportamento de outras pessoas frente a estas. Helman (1994) considera as expressões metafóricas como perigo para a vida cotidiana. A maioria destas são atribuídas as doenças contagiosas ou de grande repercussão social, está arraigada à cultura do cotidiano popular e inalterada pelo modelo de produção do conhecimento científico dos profissionais da área da saúde e daqueles que lidam com a causa da prevenção. Embora pertencente a um grupo de doenças importantes, muitas vezes, esta condição está associada, no imaginário social, às crenças tradicionais sobre a natureza moral da saúde, da doença e do sofrimento humano. Estas doenças difíceis de serem tratadas e controladas pelo poder

público são simbolizadas pela ansiedade das pessoas, imbuídas pelo medo, como desordenamento das regras sociais ou de uma punição divina.

Na história do sofrimento, estão implícitas as doenças e relatos de grandes epidemias vivenciadas ao longo da humanidade. São as doenças que causaram ou causam horror diante dos sintomas e sinais ao pavor de um sentimento e culpabilidade individual ou coletiva que, através dos tempos, revelam-se como doenças rotuladas. estigmatizadas. O HIV e a aids se encontram neste território metafórico (Petri, 1988; Sontag, 1989, 1991).

Apesar de as epidemias do HIV e da aids já terem pouco mais de vinte anos, observa-se, ainda, incertezas e dúvidas sobre estas infecções, prevalecendo o medo do contágio na descrição do significado metafórico do HIV/aids como doenças contagiosas e mortais. As significações culturais ligadas à noção de contágio, segundo Czeresnia (1995), permanecem nas representações sociais até hoje. A noção de contágio relaciona-se a idéias difusas e angustiantes que carregam o HIV e a aids de estigmas associando-as a antigas epidemias, criando-se slogans atualizados como a *“peste do ano 2000”*. As falas dos jovens abaixo representam o HIV e a aids ainda ao contágio, a transmissão:

Já ouvi falar sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Pra mim, é uma doença, uma doença muito contagiosa.

Pra mim a aids é uma doença muito transmissível, que deve ser prevenida, pois é muito contagiante.

Já ouvi falar do HIV. Eu acho que é uma doença muito contagiosa.

Na minha concepção a aids é uma coisa muito séria, que eu não a tenha nem discrimine quem a tem. Eu não quero estar muito próximo, pois, tenho até medo de pegar pelo ar, embora que não a pegue, não é? Mas, a pessoa tem que ficar um pouco preocupado, não é?.

Uma das falas destes jovens evidencia, também, a questão da apreensão confusa da noção de contágio, tão presente no caso do HIV e da aids em função de sua associação com epidemias passadas, particularmente a lepra e a peste. Há duas razões facilmente identificáveis na recusa em aceitar a autoridade da ciência médica. A primeira diz respeito ao próprio discurso científico que, de fato, revela incertezas, provoca controvérsias e deixa clara a falta de

consenso; a segunda razão deriva de representações relacionadas ao perigo, proximidade física e à crença na teoria dos miasmas. Calvez (1993) fornece alguns exemplos como desinfecção de telefones, de aparelhos de TV, de talheres, exemplos que, creio, todos já presenciamos, com maior ou menor frequência e que demonstram a permanência dos modelos contagionista miasmático, representados de forma inter-relacionada e simultânea no imaginário das epidemias.

De acordo com Czeresnia (1997) as noções de contágio e miasma ligavam-se a duas concepções diferentes de doença: a concepção ontológica e a dinâmica. A ontológica compreendia a doença como algo que vinha de fora e entrava no corpo, alguma coisa com existência própria vinda do ar, de outras pessoas, de objetos e mesmo de espíritos; a dinâmica, entendia a doença como perturbação do equilíbrio do corpo, ela não viria do exterior, mas faria parte da natureza do homem e aparecia quando houvesse um desequilíbrio entre os quatro humores que constituiriam o corpo. Em seguida, duas teorias foram se formando no pensamento médico, a teoria da constituição epidêmica derivada da concepção dinâmica e a do contágio, derivada da concepção ontológica.

Ambas as teorias consideram que a doença é resultado de estímulos provenientes do mundo externo e do contato com outros homens. A teoria do contágio enfatiza, porém, a necessidade de conhecer o estímulo que provoca a doença no corpo, o fator causal da doença e busca uma terapêutica generalizável. A teoria da constituição epidêmica compreende a doença a partir da idéia de predisposição, seja do corpo seja do mundo externo e a terapêutica que propõe não pode, assim, ser generalizável. Portanto, pôde-se observar a princípio que as noções de miasma e de contágio não eram excludentes ou conflitantes. Práticas sanitárias na Idade Média, ligadas à lepra e à peste estiveram ancoradas tanto na idéia de contágio como na de miasma e associavam a doença ao contato com os portadores do mal. No caso da lepra, as medidas tomadas eram de exclusão, assim como a peste demandava a mesma prática por um período determinado, o da quarentena. No caso da peste, além da quarentena, utilizavam-se fumigamentos, máscaras, substâncias odoríferas e ventilação das casas, práticas coerentes com a suposição de que a causa

estivesse no ar, penetrando nos corpos através do reavivada na erupção de uma nova epidemia. No caso da aids, as reações exacerbadas de pavor à face da possibilidade de contágio pelo toque e do toque para a morte, demonstraram a força da introjeção cultural do modelo contagionista.

Fabre (1993) acrescenta que as lógicas subjacentes ao modelo contagionista permanecem, sobretudo a lógica da rejeição e exclusão de pessoas portadoras de doenças consideradas "contagiosas". Aponta o autor ser esta a principal razão de o discurso preventivo enfatizar o HIV e a aids como doenças transmissíveis e não contagiosas. Desta forma, o impacto do significado histórico da noção de contágio torna-se minimizado e o portador deixa de ser aquele ser perigoso e temido e, em função disso, estigmatizado.

Como conclusão, Fabre (1993) afirma: desde as epidemias da peste do século XVI até o HIV e a aids, há, por parte dos poderes públicos, uma tentativa de minimizar os medos coletivos que podem levar uma população ao pânico, implementando, de maneira geral, políticas e estratégias não contagionistas. Por outro lado, as idéias contagionistas mostram-se fortemente enraizadas nos imaginários de cada época e, diante de uma nova doença, permanências associadas ao contágio pelo toque tendem a prevalecer no imaginário popular.

O autor observa ainda que a dissociação entre os sentidos das duas palavras contagioso e transmissível — deve-se à necessidade de desdramatizar a aids. Trata-se, portanto, de uma estratégia de comunicação propositadamente adotada. A terminologia assim utilizada serve de "caução científica a uma estratégia política". Continuar a empregar a palavra "contagioso", em conformidade estrita com a teoria viral, alimentaria representações associadas ao paradigma da contaminação por simples contato. Pode-se observar, contudo, em trabalhos médicos ou obras especializadas, o uso indistinto destes dois termos na terminologia médica.

As construções das representações da doença aids estão associadas quase que unanimemente a finitude. Agora é na morte em que se apóia a ancoragem da aids. Há de ser lembrado que, em 1985, era esta a ancoragem prevalente da aids na sociedade brasileira como um todo; aids e

morte eram tratadas como sinônimos. E, antes das drogas anti-virais, o doente de aids sofria mesmo um processo lento de degradação física, como pode ser visto o quadro descrito pelo jovem representando a pessoa com aids:

A pessoa estar com a aids é estar com uma doença muito feia, que cai a pele e o cabelo, também.

São estas as imagens que passaram a habitar o imaginário deste jovem por ocasião do adoecimento de pessoas com a aids, o horror, a judiação, o maltrato, cenas que ele ouviu relatos ou tenha presenciado pela mídia. Este quadro evidencia como será esta morte. Pode-se supor que, com traços característicos do sensacionalismo tão a gosto da mídia, chocante, agourenta, retratou, com impressionante clareza, o que era antes apenas um esboço de figura no processo de objetivação e pode ter provocado uma modificação na imagem anteriormente concebida por este jovem. A morte está lá, é um evento esperado. Mas agora, de maneira brutal, apresentando-se as feições trágicas, cadavericamente registradas, que a morte tem quando chegar. Nesta perspectiva, o sujeito, de acordo com Jovchelovith (1994) na sua relação com o mundo constrói um novo mundo de significações, não havendo possibilidade para a construção simbólica fora de uma rede de significados já construídos. É sobre e nesta rede que se dão os trabalhos do sujeito de recriar o que já existe, o que já está lá.

É oportuno neste momento evocar por Weeks (1989) quando ele classificou em três as fases que identificam a aids frente às reações sociais assinaladas intimamente relacionadas aos paradigmas epidemiológicos que predominaram nos seguintes períodos: de junho de 81 ao final de 82, prevaleceu a crença de que a aids era uma doença estritamente relacionada aos homossexuais masculinos (mais conhecida como a “*peste gay*”) aos indivíduos que pertenciam aos grupos de risco e as tentativas exploratórias médicas científicas; do final de 82 até 85 foi caracterizado como a fase do pânico moral, havendo uma maior divulgação pela mídia dos infectados e de índices de morbidade e mortalidade causadas pela aids, atribuindo a responsabilidade pela epidemia aos grupos de risco, de recusa de contatos aos infectados e doentes, e, por fim, de identificação do vírus, em 83; a partir de 85, toma-se como certo que a aids não era uma doença de minorias, mas, uma grande ameaça global a

existência humana. Então, os governos se dão conta da gravidade da situação e passam a estabelecer metas e programas de saúde específicos para combater a epidemia. Também, os grupos mais atingidos começam a se mobilizar em torno do combate a aids, principalmente, o movimento gay. Constata-se, também, um aprofundamento na crise da saúde quando se conhecem os verdadeiros custos individuais e coletivos para o tratamento dos doentes.

As características do estágio final da infecção provocada pelo HIV divergem de outras patologias mais comuns, determinando peculiaridades que devem ser consideradas ao abordar os aspectos subjetivos individuais e, desta maneira, o aspecto mutante das representações sinaliza sua presença; a diversidade age novamente no núcleo figurativo do HIV e da aids construídos por estes jovens e mostra, como afirma Bauer (1994): a função simbólica das representações faz com que sejam variáveis as imagens da realidade; a estabilidade criada pela objetivação pode ser temporária e, portanto, cambiante. O que os jovens vêem não são pessoas agonizantes, mas, gente como todo mundo. Uns já tomam coquetéis antivirais, outros não; mas, todos dão gargalhadas, bebem, ou seja, vivem normalmente como muita gente não infectada vive. Há, desta forma, uma reconfiguração das representações no que concerne à ligação entre aids e morte.

Alguns sentimentos podem aflorar nas pessoas como o medo do desconhecido, a necessidade de aprendizado frente a nova situação e de compreensão ao que se passará com ele, bem como, outros sentimentos diversificados que estão relacionados com fatores inerentes à idade, religião, crenças, situação sócio-econômica, orientação afetiva-sexual e outros mais. Estes são alguns aspectos que poderão influenciar individualmente acerca do significado da doença. As falas que se seguem enfatizam a morte como a condenação das pessoas que estão doentes com a aids:

Estar com a aids é estar acompanhado com a morte, não tem outra escolha. O que a pessoa tem de fazer é aproveitar o restinho de vida que tem. Ela pode atacar logo ou demorar, como o senhor explicou na classe da gente. Pode aparecer com cinco meses ou com quinze anos, não é? Depois, já pensou você estar com o vírus hiv? E num caso desse a pessoa estando com esse vírus só pode

descobrir através de exame dessas coisas. A pessoa não o descobre assim rápido.

Em geral, é com o resultado de sorologia positiva para vírus o HIV que as pessoas percebem que são mortais e a idéia de finitude se concretiza. A partir daí, é que lembram que estão vivos e precisam continuar vivos. Encarar a morte ou o morrer sempre foi uma questão difícil para muitos, pois, trazem à tona sentimentos de separações e de perdas definitivas, tornando-se uma questão bastante complicada em sua elaboração mental. Lembra-nos Martinez (1998) que olhar a morte de frente é, também, olhar a vida. Uma não existe sem a outra. Esta fala retrata o que está sendo observado neste parágrafo:

A aids é uma doença que mata, não é? Se pegá-la, já era. É a pior doença que a gente tem conhecimento. A aids, eu acho que é perigosa e que todo mundo a pega, doença que não tem fim. Então, eu acho que tem a proteção para combater isso, você a pega se quiser.

Nesta fala, a aids está representada no perigo, em uma doença dizimadora e implacável que ameaça a pessoa a ter uma vida longa, ao mesmo tempo em que ela pode ser evitada. Estes aspectos são atribuídos de significados capazes de abrandar mais o seu impacto no meio social. Neste sentido, explica Jodelet (1986): o ato de representar é o processo de pensamento pelo qual se estabelecem as relações sociais entre sujeito e, este, emite sua parte subjetiva, sua interpretação não apenas reproduzindo o objeto, mas, construindo-o, deixando emergir parte da autonomia da criação individual ou coletiva mesmo que este objeto seja mítico ou imaginário.

O HIV quer dizer que aquela pessoa é doente. É isso? (...) ter o HIV é ter uma grande doença que você deve..., eu penso assim, se um amigo tiver essa eu não vou desampará-lo não. Eu não quero ser mais amigo dele, eu não quero entrar mais na sua casa. Não, isso não. Eu posso tentar chegar perto dele e fazer ele é mais feliz um pouquinho; falar para ele que eu estou sempre aqui, que ele deve pensar e continuar a vida. Eu falo em geral que pegar a aids, geralmente, morre, mas, vai morrendo aos poucos. Mas, com fé em Deus, tomando esse medicamento quem sabe, heim?.

Com isto, para este jovem, a possibilidade da morte se concretiza no meio social provocando alterações dimensionais na vida de cada um. Uns tentam fugir do problema, outros vão ao encontro dele; o que na verdade acontece é que

todos têm medo de encarar o seu próprio fim. A este respeito, Petri (1988) relata: a doença, intermediária entre a vida e a morte, passa a ser um elemento do cotidiano que assume grandes proporções e domina a existência das personalidades mais vulneráveis: hoje dor, amanhã febre e a finitude vem à tona. Isto comprova o que foi verificado nas falas dos jovens.

Assim, tanto o medo e a insegurança em relação a aids pelo seu caráter incurável e pelos limites das ciências da saúde, quanto a sua incapacidade no controle, alia-se a ela o preconceito. Por esta ótica, a aids subsidia sentimentos que vão do medo ao temor e do pavor à ameaça de ter sido contaminado em relações sexuais desprotegidas, as quais, têm sido difundidos há duas décadas de modo consensual.

Falar de HIV e de aids é falar da morte. A dificuldade de falar da morte, em nossa cultura, soma-se, a carga adicional da culpa, o peso da responsabilização. A referência ao atestado de óbito, aparece com certa constância nos discursos destes jovens, embora seu significado difira de um para o outro, o diagnóstico positivo pode ser tomado como o prenúncio da morte, o certificado de óbito, último ato antes do sepultamento. Assim como a eficácia da magia implica na crença da magia (Strauss, 1975), a força da doença implica, muitas vezes, na crença de seu poder de ataque e a morte ocorre sem que haja o desenvolvimento de um quadro clínico que indique sua proximidade. Acontece ainda de o estado geral do doente agravar-se súbita e rapidamente em direção ao óbito, como estão expressas abaixo as falas dos jovens:

Estar com aids é estar ferrado porque morre logo. Pode chegar até os dez anos de vida.

O HIV é uma doença muito perigosa que leva logo à morte.

Ah, bicho, o HIV eu creio que foi uma resposta a isso que apareceu. Que até agora não sei se estão achando a cura para ele. Mas, logo quando ele saiu ele foi uma doença que determinou: você tem o HIV sabe que vai morrer. Eu acho que é uma coisa muito, muito séria.

Rapaz, estar com a aids é o cara estar doente, estar doente para morrer, estar marcado para morrer. Geralmente, muita gente que está com aids está marcado para morrer. A pessoa gosta de discriminar a pessoa, tal. Você fica sensível a qualquer coisa. Acontece qualquer coisa, você não está nem aí. A previsão é morrer, não é?.

O HIV é um negócio que a gente deve se prevenir muito porque se a gente pegar o vírus da aids, vem a aids, então, não tem como se salvar. A pessoa morre e é uma coisa como se fosse assim: não tem a hora dela acabar com você. De repente, você está assim morre e pronto. Por isso, uma coisa que a gente deve lembrar sempre antes de transar é colocar uma camisinha porque a gente deve pensar na vida da gente, porque aquilo não é brincadeira na mulher. Mas, tem delas que não sabe que aquilo não é brincadeira e elas pensam que é uma coisa que tanto faz, quer dizer, pega e melhora. Melhora muito... .

O homem é um ser mortal. Assumir este fato naturalmente é sempre incômodo para muitos, tornando-se uma tarefa difícil para todos. Quando se trata de uma pessoa com a doença aids, reconhecer que, a morte é uma consequência da imunodeficiência provocada pelo HIV, gera um sentimento de angústia e impotência por se tratar de uma doença de alta letalidade. Desta maneira, é necessário que ela aprenda a viver com a aids até a morte. Todos somos mortais, só que a aids antecipa esta morte, não somente pela doença, mas sim, pelo preconceito, estigma e discriminação. O estigma da aids pode ser, para alguns, insuportável, arrasador e intransponível. As falas abaixo comprovam o que está sendo discutido neste parágrafo:

Eu acho que só vem tristeza se a pessoa tiver com uma doença dessa, a aids. Não vai pensar em nada não. Tem muitas pessoas que pensam em contaminar outras. Eu mesmo não faria isso, penso assim; fazia um jeito de me proteger e não prejudicar outras pessoas. A pessoa não vai ter cura mesmo!.

Bem, o vírus da aids, pelo meu entender, é uma doença que vai destruindo as defesas do organismo aos poucos e deixando a pessoa à mercê de várias doenças, inclusive, a tuberculose. Faz a pessoa perder peso e cabelos; deixa a dentadura terrível, também.

O HIV é uma doença que ataca o sistema de defesa do organismo, principalmente, os glóbulos brancos que fez o papel de guardião de nossa estrutura. Eu acho que é isso aí.

Ao resgatar tais representações sobre a aids, Loyola (1994) afirma: a ela é considerada, também, como uma doença que está distante de quem não está acometida, pois, é uma doença caracterizada *do outro*. O primeiro sentido a influenciar as representações da aids emerge em uma fala acima do jovem e

relaciona-se a projeção do risco do adoecer para o mundo externo, além das fronteiras do eu, para um território distante constituído pela figura do outro.

Quanto a esta relação do processo entre o eu e o outro Crawford (1994) o fez em termos do sadio e do não sadio, compreendido em seus significados biológicos e metafóricos, partindo-se da premissa de que a saúde é uma das imagens mais poderosas associadas, por contraposição, as imagens da doença e dos doentes.

Primeiro, o conceito de saúde seria absolutamente central a identidade moderna em termos físicos e simbólicos, com conotações de competência, respeitabilidade e responsabilidade; segundo, desde os anos 70 a saúde teria emergido como valor; terceiro, o eu sadio seria simbolicamente sustentado através da construção da outro doente.

Estes argumentos trazem à discussão que a estigmatização da imagem do outro se encontra fundada na lógica de que o outro é necessário ao eu. A autora admite que a negação, as degenerações física e mental e a projeção da vulnerabilidade em um outro é um processo humano universal. Em síntese, tudo que o eu não quer evitar, tudo que o eu receia para si, tudo que o eu não reconhece em si é simbolicamente deslocado para o outro. O eu é constituído para permitir a ancoragem do inverso, ao oposto, do avesso do eu.

Além do declínio na qualidade de vida, as pessoas que pertencem a grupos já marginalizados socialmente portadoras do HIV, também, podem experimentar o sentimento de perda. A pessoa recebe um rol de perdas, em que estão listados, a auto-estima, o amor próprio, os amigos, os familiares, o parceiro, o emprego, a moradia, a segurança, a boa saúde, a liberdade para expressar a dor, o autocontrole, a esperança e o contentamento, os relacionamentos afetivos-sexuais e sociais, a religião e tantos outros. Além destas perdas, a morte faz parte da rotina dos doentes de aids. Acrescentam-se, também, as perdas repetitivas de amigos, conhecidos ou até parentes, em curto prazo, que morreram pelas infecções oportunistas decorrentes da doença aids.

Quanto ao HIV e a aids estarem ancoradas como doenças ligadas à morte, que não deixa de ser uma perda irreparável, Petri (1988), revela que a perspectiva da morte por via sexual, interpondo-se no caminho do prazer, apesar

de não ser nova, atingiu fundo as perspectivas humanas. Como encarar a todopoderosa se nunca nos foram fornecidos meios para isto? Sequer aprendemos o suficiente sobre o amor! Como levá-lo adiante, se nos preocupa essa morte fútil, desnecessária? A tecnologia fez presumir o domínio da morte e então todos querem saber de que e como vão morrer. Passam a promover incursões intempestivas nos caminhos do próprio corpo, buscam humores perdidos, dão-se conta dos cheiros e das sensações, apalpam-se, medem-se, vasculham-se em busca do inimigo oculto.

A ancoragem da aids pautada como doença perigosa, fatal foi um consenso entre os jovens deste estudo. Em virtude disto, pode ser observado que como processos sócio-cognitivos cabe as representações a difusão de suas regulações refletidas na produção de diferentes significados sobre a aids, o que leva a reflexões sobre a pluralidade das clivagens sociais abordadas por Moscovici (1993). Sobre a mesma temática, Vala (1993) refere-se à estrutura social, afirmando: ela aponta à clivagens sociais, e às diferenciações de dominação como reguladoras das representações, enquanto processos sócio-cognitivos envolvidos na elaboração e diferenciação de significados sobre um dado objeto social.

Há profissionais envolvidos com a prevenção do HIV e da aids que estão se esforçando no intuito de solidificar uma certa racionalidade em torno destas infecções, que, muitas vezes, se deparam com a impotência diante das doenças de difíceis controles e/ou incuráveis, transformando-as numa luta incessante, como se verifica ao longo da história de combate a elas.

Ao jovem portador do vírus HIV e doente de aids é reservado um futuro sombrio e crivado de limites. Entre tantos sonhos que acabam está o da vida ser desfrutada com mais qualidade. Os sonhos perdidos são, então, redimensionados. Não bastam métodos, técnicas e elementos supereficazes isoladamente considerados para prevenir ou curar estas enfermidades, é necessário que seja assegurado a toda a população o acesso mais equitativo aos serviços de saúde, a democratização e a socialização da informação. O trabalho educativo e preventivo, dirigido aos jovens, deve ter o objetivo de sensibilizá-los a repensar a sua prática nos exercícios da sexualidade, aprendendo a lidar melhor

e tomar decisões mais acertadas diante todas as dificuldades surgidas no cotidiano do exercício da sexualidade.

A falta de informações mais objetivas e como estas podem e devem ser trabalhadas para os jovens sobre os temas apresentados nesta discussão, pode representa-lhes agravos significativos em suas saúde. O HIV e a aids têm prosperado diante a escassez de informações sobre o modo de transmissão e prevenção dessas doenças e, também, na falta de habilidades e de meios para eles as enfrentar. Por isso, acredito que devem ser planejadas e executadas estratégias destinadas a todos os grupos da população — focalizadas, principalmente, nos grupos com comportamentos de maiores riscos, como os de jovens. Para que se cumpram adequadamente com estes propósitos, as estratégias têm que insistir na necessidade de eliminar ou diminuir os comportamentos de risco da saúde e, quando possível, prover meios para o acerto e permanência nele.

7. CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES FINAIS

Ao propor uma reflexão sobre as dificuldades que os jovens enfrentam para adotar práticas de sexo mais seguro e entender sobre a complexidade de fatores relacionados com o HIV e a aids, este estudo aportou-se dos conhecimentos das Ciências Sociais e se definiu como sendo de natureza qualitativa, especificamente, na vertente dos conceitos da teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici e seguidores. A adoção deste referencial teórico-metodológico possibilitou-me dispor do conjunto de conceitos que compõem esta Teoria para analisar, com maior precisão, as essências dos fenômenos investigados em jovens do sexo masculino de uma escola de ensino fundamental e médio da cidade de João Pessoa (PB).

A escolha conceitual desta teoria justificou-se não só pela complexidade do problema a ser investigado, mas, porque atendeu a uma visão de mundo compartilhada por mim. Com o seu emprego, busquei identificar quais as implicações na maneira como o jovem percebe a sua realidade e como se dá sua relação com o social partilhado com outras pessoas, haja vista que representação social não é simplesmente um posicionamento pessoal sobre a realidade e que o contexto social impõe como deve ser esta representação, mesmo com nuances individuais. De acordo com Jodelet (1989) a representação social é o sentido pessoal que o indivíduo elabora sobre sua realidade, envolvendo as suas próprias experiências, aspectos de teorias científicas, de imagens verificadas pela mídia e de informações que circulam no seu meio sobre o objeto social e as relações que estabelecem com outras pessoas. Enfatiza, ainda, que embora incorporada como uma visão pessoal da realidade, a representação se constrói a partir da cultura e de suas determinações econômicas, históricas e sociais.

Mediante o exposto, procurei caracterizar as representações elaboradas pelos jovens relacionadas com a adoção de práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids e como estas se integram nas relações cotidianas,

buscando a articulação ou a interligação dos diferentes componentes presentes nestas representações. A necessidade de buscar a trajetória deu-se em função da busca da qualidade das entrevistas, pois, mediante as mesmas pude captar o que aconteceu na intersecção do individual com o social. É ainda uma técnica que, embora utilizada em um momento do presente, deverá trazer elementos do passado, visto que as práticas de sexo e as possíveis exposições ao HIV se deram em um determinado período de tempo já decorrido. Isto porque, em concordância com Moscovici (1978) o estudo sobre uma representação social, implica em analisar como a pessoa percebe a sua realidade nesta relação entre o individual e o social.

A indagação central deste estudo, isto é, o entendimento que os jovens têm a respeito das práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids, levou-me a eleger a entrevista individual com roteiro semi-estruturado como a técnica de acesso ao conteúdo das representações elaboradas pelos participantes desta pesquisa, objetivando aprofundar as questões que dificultam a adesão dos jovens com as práticas de sexo mais seguro, visando buscar subsídios para compreender, modificar e/ou complementar a natureza das informações relacionadas com o HIV e a aids, as quais, se encontram imbricadas num contexto social, histórico e cultural, cujos campos de possibilidades estão restritos à medida em que as experiências de vida acontecem no decorrer do tempo.

A análise dos resultados dessas duas categorias — Entendimento sobre as práticas de sexo mais seguro e Entendimento sobre o HIV e a aids — formuladas a partir das entrevistas dos vinte e um jovens, apontaram a diversidade de significados e uma tendência a homogeneização sobre estas de tal maneira que suas falas apresentaram características peculiares e evocaram significados semelhantes convergindo-se em alguns pontos centrais da análise que traduziram as representações dos temas investigados.

A riqueza e a diversidade das informações observadas sobre as práticas de sexo mais seguro, o HIV e a aids elaboradas a partir dos conteúdos das entrevistas destes jovens, apontaram representações semelhantes ao mesmo tempo que deram conta das diferentes maneiras pelas quais estes a perceberam

e organizaram-nas a partir de crenças, atitudes, valores baseadas em experiências adquiridas no exercício da sexualidade individual e/ou partilhado.

As representações sobre as práticas de sexo mais seguro, no entendimento dos jovens, foram ancoradas ao uso da camisinha, na escolha do/a parceiro/a e na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez; já as do HIV e da aids foram evidenciadas nas representações de morte — prevalecendo em quase todas as falas — de doenças perigosas, fortes, que causam medos, isolamentos sociais e na necessidade de prevenção, como foi evidenciado no capítulo referente a análise e discussão dos resultados.

Estas representações estiveram ancoradas num contexto socio-histórico e cultural cujos campos de possibilidades estão restritos á medida em que as experiências de vida distanciam-se no tempo. Dizendo de outra maneira, os campos de possibilidades ampliam-se com o passar dos tempos, com as experiências acumuladas e com a capacidade de reter, processar e partilhar informações, sendo mais restritos para os mais jovens que para os mais velhos. A partir das construções de conhecimentos socialmente elaborados e partilhados a respeito da sexualidade, as representações foram objetivadas, materializadas pelos sentidos atribuídos aos significados de práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids estando entrelaçadas ás crenças, os hábitos, as atitudes, os comportamentos e os conhecimentos.

A limitação nas informações dos jovens sobre as práticas de sexo mais seguro, o HIV e a aids e, também, a dupla moral nas relações de gênero que, sem dúvida, dificulta a prevenção destas infecções e de outras DSTs, torna utópico o discurso preventivo que propõe uma estratégia voltada para as mulheres quando não depende delas o controle total do relacionamento sexual, uma vez que, na cultura brasileira, pode ser facilmente observado a construção simbólica da masculinidade que inclui a multiparceira, ainda que velada e não abertamente admitida. Sendo assim, de certa maneira, o entendimento por parte destes jovens sobre a importância de se obter conhecimentos mais profundos nestes assuntos relacionados com a sexualidade, é dificultada.

Então, é de fundamental importância para estes jovens terem a informação, mas, a informação por si só não é suficiente para provocar mudanças

de atitudes negativas e de comportamentos de riscos no exercício da sexualidade. É necessário, pois, que a informação seja trabalhada individualmente ou com a formação de grupos de modo a favorecer a sua internalização para provocar reflexões e possibilitar mudanças nas atitudes negativas e nos comportamentos de risco da saúde, levando o jovem a adotar atitudes positivas e comportamentos mais seguros no exercício da sexualidade.

As práticas de sexo devem ser sempre prazerosas e responsáveis para que se tornem tão-somente fontes de prazeres e não de sofrimentos físicos nem psicológicos. Quando a barreira do preconceito se rompe, permite que as pessoas vivam mais intensamente os seus desejos sexuais, porém os cuidados e as atenções devem ser multiplicados. Uma das maneiras de se evitar isso é adotando as práticas de sexo mais seguro. Praticar o sexo com segurança, até mesmo por uma questão de amor próprio, seja com quem for e sob qualquer condição ou pretexto, tornou-se uma questão vital para a existência humana. Pessoas aparentemente sadias e bem cuidadas podem, mesmo sem saber, estar contaminadas com alguma DSTs.

Neste ano, completa-se vinte e um anos da notificação dos primeiros casos de doentes de aids, no Brasil. Apesar de, em um curto espaço de tempo, se ter avançado muito as pesquisas em busca de novos conhecimentos sobre esta enfermidade, ela, ainda, se constitui em um dos maiores problemas de saúde pública que temos na atualidade. Os avanços conseguidos no tratamento, sobretudo ultimamente, são esperanças que não garantem a diminuição da incidência da propagação desta infecção nem podem evitar a multiplicação de cepas do HIV multiresistentes que podem ser transmitidas de pessoas assintomáticas.

Como toda epidemia, o HIV e a aids revelam e revelarão, na forma de crise na saúde pública, fraturas sociais, e como retrato social, nenhuma epidemia é só um problema médico, mas, social, histórico, político e ideológico. O HIV e a aids exigem respostas à altura de sua complexidade, não sendo possível tratá-la através de medidas paliativas. Somente pesados investimentos em educação preventiva em saúde e na melhoria dos recursos humanos e materiais,

poderão trazer alguma perspectiva para a população, mas, mesmo assim, somente em termos de gerações futuras.

Portanto, é imprescindível que sejam elaborados e implementados programas preventivos frente às epidemias do HIV e da aids que, contemplem a combinação de intervenções de saúde tratamento e controle destas infecções, mudanças sociais e de condutas direcionadas a minimizar as práticas sexuais de maiores riscos à saúde, melhoramento no provimento de educação para a saúde de jovens e de redução de comportamentos de riscos em usuários de drogas injetáveis.

A inclusão de programas sobre a educação sexual no currículo escolar torna-se imprescindível no momento, uma vez que, nas últimas três décadas acentuou-se a problemática inerente ao exercício da sexualidade precoce de jovens: aumento nos índices de HIV e outras DSTs, gravidez e paternidade. A participação do/a enfermeiro/a nestes programas tem a vantagem de unificar assistência ao estudante na escola e fora dela. Uma proposta baseada na necessidade dos estudantes tem a vantagem de permitir uma atenção mais especializada e de admitir uma integração mais íntima das atividades de saúde e educativa em benefício da proteção e desenvolvimento da população em idade escolar. Para isto acontecer, há necessidade de união de esforços para que o/a enfermeiro/a obtenha esse setor como campo de suas atividades e ampliem, com mais essa área, o seu mercado de trabalho.

A maioria das propostas de educação sexual em todos os níveis e meios espera que os jovens aprendam a lidar com os seus impulsos sexuais no período em que estes se sentem pouco habilitados para fazê-los, embora os impulsos para uma vida sexual ativa estejam presentes independentemente da cultura e das possibilidades de experimentação que favorecem a identidade sexual, as experiências são restringidas pelas expectativas da cultura. Considerando que o jovem tem sido muito atingido pelo HIV e pela aids, especialmente por via sexual, os resultados deste estudo apontam a necessidade de elaboração de um programa mais efetivo de educação contra estas epidemias e em favor das práticas de sexo mais seguro a ser desenvolvido, especialmente, na escola pesquisada. Assim considerando, pretendo com a proposta de trabalho

a ser especificada no capítulo seguinte, levar em conta tanto a pessoa do professor quanto a do aluno, enquanto instrumentos de participação e complementação de um programa mais efetivo na prevenção da saúde física e mental destes jovens.

Atualmente, o modelo geral de educação sexual existente prevalece, ainda, do proveniente do seu universo social tido como extra-educacional. Ora, que tipo de relacionamento nesta área é passível de aprendizagem, através do grupo de iguais ou de profissionais do sexo, a não ser exatamente aquele "coisificador"? Como, então, se livrar de uma concepção "machista" das relações entre homens e mulheres e da mentalidade "coisificadora", se não se tem a opção de poder parar, nem se contar com a disponibilidade efetiva de alguém qualificado com quem, ao parar, poder dialogar, refletir, debater, avaliar, definir e redefinir os valores da vida, da existência do ser, da sociedade, da cultura, do prazer, do respeito, da responsabilidade mútua e de sexo? Será que é válida a filosofia do "deixa acontecer", do deixar aprender a se realizar sexualmente "ao deus-dará", da "Pedagogia do Silêncio", no que se refere ao sexo? Será mesmo este como muitos pais advogam, o caminho natural das pessoas? Ou se constituirá num caminho natural tão-somente da espécie animal, exigindo-se algo mais, de significado cultural, na estruturação do comportamento sexual de pessoas? Por que motivo, então, a grande maioria dos pais se omite?

A resposta a tudo isto é uma só: é preciso mudar. A educação tem que redefinir suas perspectivas, suas estratégias, seus objetivos e, sobretudo, assumir de fato, as graves responsabilidades que lhe competem neste campo. É efetivamente saudável e necessário que os jovens desenvolvam seu conhecimento e seu exercício sexual; no entanto, vejo que isto não pode ser realizado seriamente se os pais e educadores, como representantes da sociedade, não se engajarem no processo, de forma a lhe conferir significado e valor; desta forma seria possibilitada ao jovem a oportunidade de estruturar um comportamento sexual personificador e antimachista, rico ao mesmo tempo de erotismo e afetividade de prazer e amizade. Em outras palavras, o lado biológico tem suas justas exigências a partir do despertar sexual, mas, ao ser humano

enquanto pessoa cabe-lhe uma responsabilidade, também, em um outro âmbito, aquele cultural, mediante o qual devera encaminhar, adequadamente, a realização sexual dos jovens, exatamente enquanto pessoas.

É mister que se inicie o despertar de pais e educadores para uma crítica e autocrítica acerca de seu papel social. Faz-se necessário sondar e pesquisar as razões dos comportamentos divergentes e rebeldes de muitos jovens de hoje; precisa-se evitar o simplismo de tentar justificar tais comportamentos, fundamentalmente, mediante razões de ordem biológica, emocional ou circunstancial. De fato, com justificativas do gênero, mostra-se uma postura ingênua, que não consegue captar as implicações socioculturais do contexto, acomodando-se assim a uma posição não questionadora em relação aos modelos culturais e as relações sociais vigentes. Toda revolta, rebeldia, protesto e indisciplina, traz em sua raiz um inconformismo com alguma relação interpessoal ou social insatisfatória, injusta, discriminativa ou opressora. Neste sentido, é muito provável que o distanciamento e as divergências, hoje tão freqüentes entre os jovens e seus pais, devam-se, em grande parte, ao protesto e revolta — nem sempre conscientes — dos filhos. Ao se sentirem solapados nos seus direitos mais elementares — direito ao conhecimento novo, a um mínimo de educação sexual responsável — os jovens nunca deveriam deixar de reagir, mesmo que disto, não estejam conscientes. E reagem, lançando mão da energia de que dispõem e das técnicas de que são capazes.

Este estudo, embora com vinte e um participantes, tem seus resultados generalizados a uma grande parcela de jovens paraibanos do mesmo nível socioeconômico dos entrevistados; estes se mostraram representantes significativos, apresentando entre si, em seus depoimentos, uma ampla faixa de opiniões efetivamente coincidentes. O que deste emana é um grande alerta para que os adultos saiam do marasmo educacional que os impedem de mudar para melhores rumo a vida sexual de seus filhos e educandos, e, de certa maneira, de toda a sociedade. É bem provável que sejam os pais os maiores responsáveis pelo estado precário de formação e informação da educação sexual destes jovens, embora, de certa maneira, a responsabilidade pelas falhas ocorridas até hoje deva ser atribuído a todos, com raríssimas exceções. Talvez, as crianças e

os jovens sejam os únicos isentos das responsabilidades educacionais de sua própria formação; na pior das hipóteses caber-lhes-ia uma das menores parcelas deste fardo.

Espero que o presente estudo tenha contribuído para esclarecer o problema em apreço. Aos pais e educadores caberá partir em busca de novos caminhos educacionais no exercício da sexualidade de jovens que implique, doravante, não apenas em simples responsabilizações pessoais, mas, em compromisso de aperfeiçoamento no outro. Entretanto, a responsabilidade dos jovens, neste sentido, situa-se não nas falhas do passado, mas, na construção do futuro, o qual já se iniciou. Acredito ser maior esta responsabilidade dos jovens que a responsabilidade inicial atribuída a seus pais, trazendo consigo sérios questionamentos aos jovens e com tais questionamentos que desejo encerrar esta conclusão:

O que os jovens vão construir para as gerações do futuro?

O círculo vicioso da omissa educação sexual no lar — educação esta com base na “Pedagogia do Silêncio” — e que passa de pais para filhos, desde os tempos imemoráveis, serão capazes de rompê-lo quando chegarem a ser pais?

A clareza dos aspectos coisificadores e machistas em suas atitudes e comportamentos e suas concepções de mundo e da visão dos relacionamentos afetivos e sexuais, serão capazes de fazerem uma autocrítica transformadora?

Começarão desde já a luta metódica pela auto-eliminação de preconceitos e discriminações sociais que oprimem a mulher, que geram a “dupla moral” e que segregam a sexualidade? Terão a coragem de renunciar aos privilégios “machistas” atuais?

8. PROPOSTA EDUCATIVA

8.1 – Proposta educativa sobre as práticas de sexo mais seguro, o hiv e a aids

Após proceder com a análise dos resultados deste estudo, fez-se necessário à elaboração desta proposta que apresento abaixo para os jovens estudantes onde foi realizada esta pesquisa. Vale notar que considero esta uma concretização da harmonia e da nova racionalidade no exercício da sexualidade destes que se constitui no momento de síntese da iniciativa pessoal e de competência da Enfermagem para a implementação, a posteriori, da mesma de caráter educativo e preventivo em saúde frente às práticas de sexo mais seguro e às epidemias do HIV e da aids — temas explorados neste estudo —, na assistência à saúde destes estudantes.

Esta proposta consta de nove oficinas onde se discutirão, também, os valores de referência dos modelos de comportamentos sexuais atuais, permitindo-me a identificar os temas principais e os centros de interesses por grupos de tal modo que a presença ou a ausência, e até a frequência de aparição de outros temas que se encontram inseridos num contexto sociohistórico e cultural, cujos campos de possibilidades de apreensão das informações estão restritos à medida que as experiências de vida acontecem no decorrer do tempo, fornecerá dados importantes para uma análise posterior das mesmas, de forma a avaliá-los de acordo com a teoria e os objetivos propostos nesta.

No final deste século, discorrer sobre o exercício da sexualidade de jovens do sexo masculino continua sendo um desafio para pesquisadores e/ou educadores em saúde. Atribui-se a isto, as constantes mudanças, no país, da política sócioeconômica, de saúde e de educação, em todos os níveis, pelo fato de estas ocorrerem de modo acelerado, dificultando-lhes o seu acompanhamento. A entrada no novo século faz-se acompanhar de profundas transformações na maneira de os jovens pensar, sentir e agir no mundo, evidenciando à necessidade da retomada do legado sexualidade versus educação sexual, desenvolvido em escolas. Isto pode implicar no redimensionamento de valores morais, sejam eles

de natureza epistemológica ou prática. Como consequência, seguirá o processo contínuo do universo, além o tempo, para empreender a realidade, onde não há começo nem fim, só mudanças.

Alterar a realidade passa por transformações na condição de viver e nas injunções de diversas ordens, muito embora os determinantes sociais e históricos, tenham prevalecido no tocante ao exercício da sexualidade, ainda que se continuem a lutar com discursos, críticas, posturas teóricas ou mesmo práticas individuais. O mundo de possibilidades nos ensina que todas as coisas são possíveis, embora algumas sejam mais prováveis de acontecerem. Os valores sociais em relação ao exercício da sexualidade estão mudando a todo instante. Jovens buscam novas experiências, muitas vezes, numa ação não harmônica entre conhecimento, corpo e regras sociais estabelecidas. Com isto, procuram romper com barreiras, preconceitos e tabus instituídos por uma sociedade que ainda se omite em "falar abertamente" sobre temas da sexualidade, como por exemplo, as práticas de sexo mais seguro e as DSTs. No mundo, milhões de jovens são vítimas da desinformação, a qual, gera o medo e alimenta o preconceito em favor do conhecimento anátomo e fisiológico do próprio corpo, da química do prazer sexual, dos relacionamentos e orientações afetivas e sexuais, tornando-os susceptíveis a todo tipo de risco que possam conduzi-los a problemas em sua vida.

É na juventude que o ser humano adquire a capacidade de reprodução, triunfa o prazer sexual e explora caminhos diversos até encontrar a trilha que mais se aproxima do seu ideal, transformando a juventude em um gigantesco laboratório de vivências. Surge o interesse por saber o funcionamento do seu próprio corpo e do/a outro/a; perguntas são formuladas aos pais, amigos e educadores sobre os "mistérios do sexo"; muitas ficam sem respostas convincentes e o jovem pode se isolar com suas dúvidas. A partir deste instante há o risco de ficar desamparado e deprimido. É um período em que as práticas sexuais são facilitadas ou dificultadas dependendo da interação do jovem com os aspectos sócio-culturais que poderá advir consequências físicas e psicológicas.

A maneira de se exercitar na sexualidade tem circunscrito no discurso, à solidão teórica, a rigidez da unilateralidade explicitiva. Não é fácil

encontrar o método ideal para estudar processos e padrões de comportamentos humanos em relação à sexualidade, sendo este um ser que interage com seu ambiente individual e sócio-cultural. A área da sexualidade necessita que mais temas sejam explorados através de pesquisas, pois, pouco se fala para os jovens enquanto muitos concretizam a prática precocemente. Até poucas décadas, os tabus e preconceitos quanto a essa importante parte de nossas vidas fechava-se sob uma cortina de silêncio e vergonha.

Diante do exposto, esta proposta apresenta como objetivos:

1) Implementar esta proposta para os jovens da escola estadual de ensino fundamental e médio da cidade de João Pessoa (PB), fornecendo-lhes informações claras, objetivas e reflexivas sobre as práticas de sexo mais segura, o HIV e a aids, possibilitando-lhes a modificar atitudes e comportamentos de risco no exercício da sexualidade;

2) Identificar os jovens que desejem participar na implementação desta proposta, formulando convite aos mesmos;

3) Avaliar os resultados da implementação desta proposta educativa com os jovens.

Dispostas em oficinas educativas, esta proposta foi elaborada com base em *O Livro das Oficinas* organizadas pelos psicólogos Paulo H. Longo e Elizabeth Felix da Silva (1997), que será implementada com os jovens da escola pesquisada, com os quais, pretendo formar pequenos grupos para operacionalizá-la, com a participação de no máximo vinte estudantes. A avaliação será uma etapa a ser desenvolvida cuja finalidade é a de averiguar o alcance dos objetivos estabelecidos para este proposta, que satisfará, assim, as necessidades no provimento de orientação sobre práticas de sexo mais seguro, HIV e aids. Tais necessidades já as detectei neste estudo.

A proposta consiste na realização de nove sessões educativas com a duração de duas a três horas semanais, perfazendo um total de 30 horas, aproximadamente. No primeiro momento, será empregada uma dinâmica de apresentação, técnicas de aquecimento com exercícios corporais individuais e em

grupo, com o objetivo de reduzir tensões, criando condições favoráveis de trabalho.

Os jovens que participarem da implementação desta proposta serão informados sobre os objetivos e as etapas a serem cumpridas, preservando tanto sua identificação quanto a instituição a qual pertence. Também, serão informados que sua participação é voluntária, tendo plena liberdade de desistir em qualquer momento da implementação. Desta maneira, estar-se-á obedecendo aos princípios Éticos da Pesquisa em Seres Humanos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução 196/96 (BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 1996). Poderão ser realizadas as seguintes oficinas:

Roteiro das Técnicas de Apresentação, de Aquecimento e das Oficinas

DINÂMICA DE APRESENTAÇÃO

- OBJETIVO: viabilizar a apresentação dos participantes e favorecer a integração entre eles
- TEMPO: 15 minutos
- MATERIAL NECESSÁRIO: espaço físico
- ATIVIDADES:
 1. Agrupa-se os participantes em círculo
 2. Convida-se o grupo para formar duplas
 3. Durante 5 minutos as duplas conversam entre si, apresentando-se uns aos outros
 4. Esgotado o tempo as duplas se apresentam da seguinte maneira: A e B são uma dupla, B apresenta A para o resto do grupo de acordo com as informações obtidas, depois A apresenta B e assim sucessivamente.

TÉCNICA DE AQUECIMENTO

- OBJETIVO: utilizar técnicas de relaxamento com o objetivo de reduzir tensões, criando condições favoráveis de trabalho.
- TEMPO: 15 minutos
- MATERIAL NECESSÁRIO: espaço físico com música para relaxamento
- ATIVIDADE: é um momento importante, devendo ser realizado no início das atividades e sempre após situações onde tenham ocorrido discussões. Os participantes são convidados a caminhar pela sala, reconhecendo o lugar, realizando movimentos com os braços, cabeça e olhando as pessoas com as quais irão trabalhar.

OFICINA – 1: DIALOGANDO SOBRE SEXO

- OBJETIVO: relacionar as facilidades e dificuldades na questão de como conversar sobre sexo.
- TEMPO: 30 minutos
- MATERIAL NECESSÁRIO: folhas de papel, lápis e canetas.
- ATIVIDADES:
 1. Em dupla, discute-se e responde-se as seguintes questões:
 - a) Com quem eu posso falar sobre sexo?
 - b) Com quem é difícil falar sobre sexo?
 2. Recolhe-se as folhas.
 3. Forma-se um único grupo e anotar (ou ler em voz alta) as respostas.
 4. Não é necessário dizer de quem foi a resposta.
 5. Pergunta-se ao grupo a respeito do porquê e de soluções para as dificuldades que surgiram na discussão em dupla.

OFICINA – 2: O JOGO DOS IGUAIS

- OBJETIVO: relacionar as características com as pessoas comuns ao grupo formado através da identificação de balas iguais.
- TEMPO: 20 a 30 minutos.
- MATERIAL NECESSÁRIO: balas de diversos sabores.
- ATIVIDADES:
 1. Cada participante recebe uma bala. O sabor das mesmas será proporcional a quantidade do grupo que se deseja formar. Exemplo: menta, chocolate, laranja, limão, correspondem a 4 grupos.
 2. Em seguida, as pessoas são solicitadas a se unirem atendendo ao chamado pelo sabor da bala e do grupo: os participantes procurarão identificar as características comuns ao mesmo tempo que se identificam, mais profundamente com os companheiros, abordando interesses comuns em divertimento, hábitos alimentares, tipo de roupa, cor, vocação profissional, etc.
 3. A seguir, solicita-se aos membros de cada grupo escolher UMA palavra que se associe a aids. Este exercício pode levar o grupo a expressar seus temores, preconceitos e pode exigir a necessidade de se chegar a um consenso.

OFICINA – 3: CORPO ERÓTICO E REPRODUTIVO

- OBJETIVO: proporcionar diálogo sobre o conhecimento da anatomia humana.
- TEMPO DE DURAÇÃO: 90 a 120 minutos.
- MATERIAL E MÉTODO: 2 quilos de farinha de trigo, 1 quilo de sal, água e um recipiente (bacia, balde, etc.), uma massa de pão é feita pôr todos os participantes.
- ATIVIDADES:
 1. Oferece-se um pedaço de massa à cada um do grupo e pedido para que modelem qualquer parte do aparelho reprodutor ou do corpo erótico.
 2. Depois as “artes” são expostas e cada um apresenta a sua ao grupo.
 3. Pede-se para que diga o nome científico e o nome popular do que fizeram, se é corpo erótico e/ou reprodutivo.
 4. Conversa-se sobre as partes que mais foram feitas, as que menos foram feitas e as esquecidas. Informa-se sobre reprodução, contracepção, anatomia e prazer sexual.

OFICINA – 4: PRÁTICAS DE SEXO MAIS SEGURO

- **OBJETIVOS:** trocar experiências sobre questões pertinentes à AIDS; Introduzir estratégias preventivas como práticas sexuais que evitem transmissão pelo HIV, a partir do repertório de alternativas propostas pelo grupo; dar noções de via de transmissão e formas de prevenção.
- **TEMPO DE DURAÇÃO:** 90 a 120 minutos.
- **MATERIAL E MÉTODO:** camisinhas, pênis de borracha ou banana, lubrificantes à base de água, um mamão ou abacate pequeno cortado ao meio, um pedaço de papel, folhas de papel.
- **ATIVIDADES:**
 1. Formar duplas e pedir para que escrevam o que acham ser a definição de sexo seguro. Após, abrir para debate. Escrever em local visível a definição que o grupo chegou.
 2. Novamente em duplas, pede-se para que relacionem os nomes pelos quais conhecem as genitálias masculina e feminina. Depois lêem os nomes e o facilitador vai escrevendo-os em colunas separadas, os nomes citados. Discute-se quem nomeia as genitálias femininas: o homem ou a mulher? Quais as diferenças que se percebe na forma de dar os nomes? A discussão entra na questão de gênero, problema homem/mulher, machismo, feminismo, formação cultural, etc.
 3. O grupo, em círculo, é convidado a listar as práticas sexuais que conhece. Os nomes vão sendo escritos no quadro de giz. A seguir, convida-se o grupo a classificá-la em 3 categorias. A cada um pede-se para quem o nomeou, explicar que prática é. Promova uma discussão final.

OFICINA – 5: DIALOGANDO SOBRE AS CAMISINHAS

- OBJETIVOS: discutir e propiciar uma conversa sobre o uso de camisinhas; evidenciar a existência de sentimentos, resistências e preconceitos com relação a seu uso.
- TEMPO DE DURAÇÃO: 45 minutos, em média.
- MATERIAL NECESSÁRIO: camisinhas em embalagens fechadas; papel sulfite, lápis e canetas.
- ATIVIDADES:
 1. Divide-se o grupo em subgrupos de até 8 pessoas.
 2. Cada subgrupo elege um relator.
 3. Distribui-se papel e lápis.
 4. Mostra-se a camisinha para o grupo; distribui-se uma para cada integrante e solicita-se que responda, por extenso as seguintes questões: De onde elas vieram? O que elas fazem aqui? Para que elas servem ou servirão? E na falta delas o que fazer?
 5. Cada subgrupo disporá de 15 minutos para discutir as questões escritas.
 6. Esgotado o tempo, cada subgrupo apresentará suas respostas, através de um relator.
 7. Abre-se a discussão.

OFICINA – 6: DEMONSTRAÇÃO DO USO DAS CAMISINHAS

- OBJETIVOS: demonstrar o uso correto das camisinhas; criar um sentimento de estímulo e motivação para o uso das camisinhas; informar sobre os tipos de lubrificantes possíveis na relação sexual com camisinhas.
- TEMPO: 15 minutos
- MATERIAIS NECESSÁRIOS: camisinhas e genitálias masculina e feminina de látex.
- ATIVIDADES:
 1. Divide-se o grupo em 4 ou 5 sub-grupos.
 2. Entrega-se várias camisinhas para o sub-grupo.
 3. O monitor demonstra o uso correto da camisinha, dando explicações e colocando-a nos objetos substitutos do pênis e da vagina, para melhor realizar a demonstração.
 4. Enquanto o monitor inicia a demonstração, comenta-se a respeito das camisinhas.
 5. Pede-se, aleatoriamente, que os participantes repitam a demonstração, corrigindo-se os erros.

OFICINA – 7: MEIOS DE TRANSMISSÃO DO HIV E DE OUTRAS DSTs

- OBJETIVOS: identificar comportamentos de risco; levantar dúvidas relacionadas ao HIV e outras DSTs; identificar comportamentos que não oferecem riscos de transmissão.
- TEMPO DE DURAÇÃO: 25 minutos.
- MATERIAIS NECESSÁRIOS: cartões ilustrados contendo formas de transmissão do HIV e outras DSTs; cartões ilustrados contendo situações que não oferecem riscos de transmissão pelo HIV e outras DSTs.
- Obs: caso tenha-se dificuldade em obter as ilustrações, usa-se situações por escrito
- ATIVIDADES:
 1. Embrulha-se os cartões de forma que todos eles se misturem;
 2. Depois de embaralhados, entrega-se aos participantes e peça para que eles/as separem em dois grupos: 1) GRUPO 1 - das situações e comportamentos que transmitem o HIV e outras DSTs; 2) GRUPO 2 - das situações ou comportamentos que não oferecem riscos de transmissão do HIV e outras DSTs;
 3. Após, verifica-se se os cartões foram separados adequadamente em 2 grupos;
 4. Caso haja cartões que NÃO tenham sido agrupados, ou que não estejam agrupados de forma correta, questiona-se junto ao grupo;
 5. Aproveita-se o momento e explica-se o que é DSTs, HIV, aids e suas formas de transmissão;
 6. Utiliza-se dos cartões ilustrativos para fazer sua exposição;

OFICINA 8: A HIERARQUIA DOS RISCOS DE TRANSMISSÃO DO HIV E DE OUTRAS DSTS

- OBJETIVO: levar cada participante do grupo a refletir sobre as formas de transmissão do HIV e de outras DSTs.
- TEMPO: 30 a 60 minutos
- MATERIAL NECESSÁRIO: folha de cartolina e tiras de papéis em vários tons, que vão do branco até o vermelho, passando por vários tons de rosa. Fichas com palavras se supostas formas de transmissão do HIV e de outras DSTs
- ATIVIDADES:
 1. Em um cartaz de cartolina cola-se tiras que vão desde a cor branca até a cor vermelha, passando pelos vários tons de rosa. A este cartaz chamamos de "espectro linear".
 2. Distribui-se entre os participantes, fichas com palavras de supostas formas de transmissão da doença, tais como: batom, abraço, cirurgias, navalhas, copo, drogas injetáveis, vaso sanitário, picada de insetos, piscina, sauna, doação de sangue, barbeador, sexo vaginal, alicate de unha, sexo anal, gravidez, amamentação, agulha usada, transfusão de sangue, sexo oral, beijo na boca.
 3. Orienta-se que, discutam entre si sobre as probabilidades de transmissão, segundo cada uma das formas sugeridas nas fichas.
 4. Pede-se que prendam no espectro linear, as formas que popularmente se acredita possibilitar a transmissão, priorizando situações de maior contágio (cor vermelha) e identificando as que verdadeiramente não contaminam (cor branca), ficando as que verdadeiramente não contaminam (cor branca).
 5. Promove-se a discussão.

OFICINA – 9: SEXO, DROGAS E O HIV

- OBJETIVO: discutir o quanto sexo e o abuso de drogas colocam os jovens em risco de adquirir e transmitir o HIV, podendo mudar o curso de uma vida.
- TEMPO DE DURAÇÃO: 45 a 60 minutos.
- MATERIAL NECESSÁRIO: 3 folhas de papel para cada participante; cartazes (com barbante para prender ao pescoço do facilitador) onde se lê: COCAÍNA ou CRAK ou ÁLCOOL ou HIV/AIDS.
- ATIVIDADES:
 1. Reúne-se a turma em 2 grupos. O facilitador pede que cada participante escreva seu nome com uma META, um DESEJO que ele gostaria de alcançar em três pedaços de papel separadamente. Os participantes deverão ficar com os papéis na mão, segurando-os de forma como se segura um baralho, com as cartas voltadas para fora.
 2. O facilitador coloca uma cartolina pequena presa em seu pescoço, com um barbante, onde está escrito: cocaína, ou crack ou álcool ou aids.
 3. Depois de recolhidos dois papéis de cada participante do 1º grupo, o facilitador lê o nome do participante e o que escreveu e diz que ele não poderá mais o que planejava devido ao abuso de drogas (cocaína, ou crack ou álcool), ou por HIV ou aids.
 4. Discute-se sobre os sentimentos do grupo e aproveita-se para identificar sentimentos de frustração e de perda, aproveitando, sempre que possível, as brincadeiras, pois, normalmente são formas de externar os verdadeiros sentimentos.
 5. A seguir, faz-se um exercício com o outro grupo colocando-se no peito o mesmo cartaz usado no grupo anterior. Proceda-se da mesma maneira.

9. REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. et al., **Adolescência**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983

AIDS VIRUS, third edition (Art)ⁿ Laboratory, 1989.

ANDERSON, R.E., et., al. **Use of B₂-microglobulina level and CD₄+ lymphocyte count to predict development of acquired immunodeficiency syndrome in persons with human immunodeficiency virus infection**. Arch. Intem. Med., v.150, p.73-7, 1990.

APTA, Como falar de aids nas escolas: manual de implementação de prevenção de aids. Fundação Samuel: São Paulo, 1994. 36p.

ARAÚJO, E.C. de. **Aspectos biopsicossociais na sexualidade dos adolescentes: assistência de enfermagem**. 1996, 159f.,. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública), Universidade Federal da Paraíba João Pessoa.

AYRES, J.R.C.M. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia.. **Boletim Epidemiológico**, São Paulo, dezembro, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARBOSA, R.M. Feminismo e AIDS. In: PARKER, R. e GALVAO, J. (orgs.) **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996.

BARBOSA, R.M. e VILLELA, W.V. A Trajetória Feminina da AIDS. In: PARKER, R., GALVAO, J. (orgs.) **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: 1996.

BAUER, M. A popularização da ciência como "imunização cultural": a função de resistência das representações sociais. In: JQVCHELOVITCH, S., GUARESCHI, P. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

BLOWIN, C.B. et al. **AIDS: informação e prevenção**. São Paulo: Summus, 1987. 62p.

BLOOR, M. **The Sociology of HIV Transmission**. London: Sage Publications. 1995.

BOURDIEU, P. Compreender. In: ____ **A miséria do mundo**. 2ed. Petrópolis: Vozes, 1998.. p. 693-732.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Hepatites, AIDS e herpes na prática odontológica**. Brasília, 1994. 56p.

_____. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico - AIDS**, ano 10, n. 4, 1998.

_____. Ministério da Saúde/Programa Nacional de Doenças Sexualmente

Transmissíveis/AIDS. **Boletim Epidemiológico**, Semana 49 a 52/91; Ano 5. n. 11, 1989.

_____. Ministério da Saúde/Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. **Boletim Epidemiológico**. Semana 49 a 52/88, ano 2. n. 6, 1984..

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**: comitê sobre a adolescência do grupo para o adiantamento da psiquiatria, dinâmica da adolescência, aspectos culturais, biológicos e psicológicos. São Paulo: Cultrix, 1968.

CALVEZ, M.A análise cultural do risco. In: TURSZ, A. et ai. **Adolescence et Risque**. Paris: Syros.1993.

CASTILHO, E.A. de. CHEQUER, P. A epidemia da AIDS no Brasil. In: _____ A **epidemia da AIDS no Brasil**: situações e tendências. Brasília, 1997. p.9-12.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Condoms and their use in preventing HIV infection and others STDs. New York, **MMWR**, 1996a. 3p.

_____ Abstinence, condoms, and safe-sex: sorting out of confusion. **MMWR**, New York, 1994. 2p.

_____. Strategies for preventig HIV in women, New York, **MMWR**, 1997b. 5p.

_____. The human imunodeficiency virus and transmission. New York, **MMWR**, 1997c. 4p.

_____. Adolescents and HIV/AIDS. New York, **MMWR**, 1998d. 5p.

_____. AIDS prevention guide: the facts about HIV infection and AIDS; Putting the facts to use, New York, **MMWR**, 1998e. 27p.

_____: Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men. New York City and California. New York, **MMWR**, 30: 305,1981f.

_____. Case definition of acquired immunodeficiency syndrome. New York, **MMWR**, 30: 250, 1981g.

_____ Revised Classification System for HIV infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. New York, **MMWR**, v.41 (rr-17), 1992.

_____ Revised Classification System for Human Immunodeficiency Virus Infection in: Children Less Than 13 Years Age. New York, **MMWR**, v.43 (11- 12), p. 1-7, 1994.

CHIZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. Sao Paulo: Cortez, 1991.

CHELALA, C. A. Embarazos de adolescentes en Nueva York: salud mundial, New York, 1990, p. 21-23.

CLUMECK, N.; et al., Acquired immunodeficiency syndrome in black Africans. **Lancet** 1:642,1983.

CRAWFORD, R. The soundaries of the self and the unhealthy other: reflection, culture and aids. **Social Science Medicine**. v.38, n.10, p, 1347-65, 1994.

COALITION FOR PREVENTIVE SEXUALITY. **Just say yes safe sex**, New York, 1997. 4p.

COLLINS, C. **Dangerous inhibitions**: how America is letting become an epidemic of young. San Francisco, 1997. 43p.

CURRAN, J.W.; et ai. Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) associated with transfusions. **N. Engl. J. Med.** v. 310: P. 69,1984.

CZERESNIA, D. AIDS: contágio e transmissão, relações entre epidemia, cultura e ciência. In: CZERESNIA, D., et al (orgs.). **Aids: ética, medicina e biotecnologia**. São Paulo: Hucitec, 1995, cap. 4, p.51-73.

DE ROSA, A.S. The social representacion of mental illness in children an adults. In: DOISE, W.; MOSCOVICI, S. **Europeana current issues in social psychology**. Cambridge: Cambridge University Press, 1987, v.2. chp. 2. p. 47-138.

DES JARLAIS D.C.; FRIEDMAN S.R. AIDS and the use of injected drugs. **Sci. Am**, v.270. n.2. p.56-62, 1994..

DOISE, W., et al. **Representations sociales et analyses de données**. Paris: PUF, 1992.

DURKHEIM, É. As formas elementares da vida religiosa (1912). In: GIANNOTTI, J.A. (org.) Durkheim. **Coleção os pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1978. p. 216.

EISENSTEIN, E.; FAGIM, R. J. Doenças sexualmente transmissíveis. In: NAAKAROUN, K. F. et al. **Tratado de adolescência**: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Revinter, 1991. cap. 1, p.3.

ERICKSON, E.J. **Infância e sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976

FABRE, G. La notion de contagion au regard du sida, ou comment interférent logiques sociales et categories médicales. Paris: **Sciences Sociales et Santé**, v.11, n.1. 1993.

FAN, H; CONNOR, R. F; VILLOREAL, L. P. **The biology of AIDS**. 2ed. Boston: Jones and Barlett, 1991.

FAHEY, J.L.; et al. The prognostic value of celular and sorologic markers in infection with human immunodeficiency virus type 1. **N. Engl J. Med.**, v.322, p.166-72, 1990.

FISCHL, M.A.; et al. Prolonged zidovudine therapy in patients with AIDS and advanced AIDS Related Complex. **J. Am. Med. Assoc.**, v.262, p.2405-2410, 1989.

FISCHL, M.A.; et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS Related Complex: a double-blind, placebo-controlled trial. **N. Engl J. Med.**, v.317: p.185-191, 1987.

GALLO, R.C.; et al. Isolation of human T-cell leukemia virus in Acquired immunedeliciency syndrome (AIDS) – **Science**, v. 220, p.865,1983.

GETTRUST, K.V., BRABEC, P.D. Nursing diagnosis in clinical practice: guides for care planning. **Wheaton**: Delmar, 1992.

- GIR, E.; MORIYA, T.M.; FIGUEIREDO, M.A.C. **Práticas sexuais e a infecção pelo vírus HIV**. Goiania: AB, 1994. 192p.
- GOTTLIEB, M.S.; et al. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosa candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired celular immunodeficiency. **N. Engi. J. Med.** v. 305, p. 1425,1981.
- GOLDSTEIN, D. O lugar da mulher no discurso sobre e AIDS no Brasil. In: PARKER, R; GALVAO, J. (org) **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: 1996.
- GOEDERT, J.S; BLATTNER, W.A. Epidemiologia e história natural do vírus da imunodeficiência. In: DEVITA JÚNIOR, V.T; HELLMAN, S; ROSEMBERG, S.A. **AIDS/SIDA: etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção**. Rio de Janeiro: Revinter, 1991. cap. 2, p. 34-57.
- GRADY, C.O. Sistema imune e infecção causada pelo HIV/AIDS. In: FLASKERUD, J.H. **AIDS: infecção pelo HIV**. São Paulo: Medsi, 1992. cap. 3, p. 41-61.
- GREENBERG, S.S. Immunity and survival origin of the AIDS New Yotk: **Human Sciences Press**, 1989.
- GRECO, D. B; CASTRO NETO, M. de; TUPINAMBÁ, U. O caso da AIDS: epidemia da doença, epidemia do medo e seus subprodutos. In: BUSCHINELLI, J. T. P. **Trabalho de gente, vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993. cap. 3. p. 636-672.
- HAGUETTE T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3.ed. Petrópolis, 1992.
- HASELTINE, W.A.; WOONG-STAAAL, F., The molecular biology of the AIDS virus. **Sci Ani**, v.259, n.4, p.34-42, 1988.
- HELLMAN, S; ROSEMBERG, S.A. **AIDS/SIDA: etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção**. Rio de Janeiro: Revinter, 1991. cap. 2, p. 34-57.
- HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e sociedade**. Trad. Eliana Mussnich. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HOGAN, R. Human sexuality: a nursing perspective. 2.ed. Connecticut: Appleton-Century Crofts, 1985. p.3,4,5..
- JODELET, D. La Representación Social: fenômenos, concepto y teoria. In: MOSCOVICI, S. **Pensamiento y vida social: psicologia social y problemas sociales**. Buenos Aires: Paidós, 1986, p. 469-494.
- JOVCHELOVITCH, S. **Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais**. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (org.). **Textos em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- KALINA, E. **Psicoterapia de adolescentes: teoria, técnica e casos clínicos**. 3ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.
- KENISTON, K. Youth: a "new" stage of life. In: **Annual editions readings in human development, 1973-1974**. Guilford Dushking Publishing Group, 1973.

LANGONE, J. **AIDS: the facts**. 2ed.: Canadá: Little Brow & Company, 1991, 266p.

LES ADOLESCENTS. Paris: Roche, [19...]. 97p.

LIMA, A.L.M.; et al. **HIV/AIDS: perguntas e respostas**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 5,7

LONGO, P.H.;; SILVA, E.F. **O livro das oficinas**. 2ed. Rio de Janeiro: 2A, 1997. 60p

MANN, J; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER,T.W. (org). **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumaré, 1993. 321 p.

MANN, J.M.; WELLES, S.L. Global aspects of the HIV epidemic. In: DE VITA, V.T. Jr.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, S.A. (ed.). **AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention**. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1992, p. 89-98.

MANDELL, G.L., BENNETT, J.E, DOLIN, R. **Principles and practice of infections disease**. New York: Churchill Livingstone Inc, 1995.

MARTINEZ, M.C.W. **Adolescência, sexualidade e aids: na família e no espaço escolar contemporâneo**. São Paulo: Arte Ciência, 1998. 159p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. 269p.

_____. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (org.). **Textos em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MORRIN, N. Unequal partners. **Nurs.Times**, v.88, n.22, p.58-60, 1992.

MOSCOVICI, S. **La psyhanalyse son image et son public: étude sur la representation sociale de la psychanalyse**. Paris: PUF, 1981. 649 p.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291p.

_____. **The invention of society: psychological explanation for social phenomena**. Cambridge: Polity Press, 1993.

MOTHER'S VOICES REPORT. **Comprehensive sexuality education is the key to HIV prevention**, 1997. 6p. (copy).

MUUSS, R. E. **Teorias da adolescência**. 5.ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1966, 144p.

MURARO, R.N. **Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1993. .

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Nursing diagnosis, definitions & classification 1995/1996**. Philadelphia, 1994. p.7.

NÉRICI, I. G. In: **Adolescência: o drama de uma idade**. 5ed. Rio de Janeiro: Científica, 1991. p.1 - 21:

NÓBREGA, S.M. da. **O que é representação social?**. (Texto apresentado inicialmente no Curso de Doutorado em Psicologia Social da École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, para a obtenção do "Diplome d'Études

Approfondies”. Tradução parcial, revisada e ampliada do trabalho intitulado “La maladie mentale au Brésil: étude sur les représentations sociales de la folie par des sujets internés à l’hôpital psychiatrique et leur familles”. Paris, 1990, 76p. (mimeo).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La salud. de los jóvenes: un reto y una esperanza.** Ginebra,1995. p.1, 21,30,33,35.

_____. **La educación sanitaria escolar en la prevención del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual.** Ginebra,1995. (Série OMS sobre el SIDA, nº 10)

_____. **Prevenção contra a transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana.** São Paulo: Santos, 1990. 11p.

_____. **Transmisión del VIH, factores contrastados.** In: **SIDA: Imágenes de la epidemia.** Ginebra,1995. p.9.

_____. **Qué se sabe?.** In: **SIDA: Imágenes de la epidemia.** Ginebra,1995. p.17-8.

OLIVEIRA, L.H.S.; BAZIN, A.R. **Vírus da imunodeficiência humana.** In: OLIVEIRA, L.H.S.. **Virologia humana.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994. Cap. 18 p. 192-212.

OLIVEIRA, L.H.S. **Virologia humana.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994.

OSÓRIO, L. C. **Adolescente hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **SIDA: la epidemia de los tiempos modernos.** Ginebra, 1993. p.26,40.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION. **AIDS surveillance in the Americas,** New York, 1991.

PARKER, R et al., (Org). **A AIDS no Brasil (1982-1992).** Rio de Janeiro: Relume-Dumaré, 1994. 360 p.

PARKER, R. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume-Dumaré, 1994. 141 p.

PARÁIBA, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de DST/AIDS. **Bol. Epidemiol.,** João Pessoa, 2000. Semana Epidemiológica (28) - (12/07 a 18/07/2000).

PEREIRA, C., OLIVEIRA M. **Eu passo AIDS: de vítima da contaminação masculina, a mulher se torna agora a principal transmissora do vírus HIV.** **ISTO É.** São Paulo: 40-5, 7 dez. 1994.

PETRI, V. **AIDS e adolescência.** In: COATES, V.; FRANÇOSO, L.A.; BENZOS, W. G. **Medicina do adolescente.** São Paulo: Sarvier, 1993. Cap. 6, p. 389-399.

PETRI, V. **Sexo, fábulas e perigos: um ensaio médico social.** 2 ed. São Paulo: Iglu, 1988. 135 p.

PICAZIO, C.; et al. **Sexo secreto: temas polêmicos da sexualidade.** São Paulo: Summus, 1998

PICAZIO, C. **Diferentes desejos**: adolescentes homo, bi e heterossexuais. São Paulo: Summus, 1998. 165 p.

PLANNED PARENTHOOD. **AIDS & HIV**. New York, 1997 11p..

POLIT, D.F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 120p.

REDFIELD, R.R.; WRIGHT, D.C.; TRAMONT, E.C. The Walter Reed Staging Classification for HTLV-III-LAV infection. **N. Engl. J. Med**; 314, p.131,1986.

ROLIM, M.A. **As representações sociais acerca do doente mental atendido em emergências psiquiátricas**. 1993. 137 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Universidade de São Paulo. São Paulo.

SÁ, C.P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, J.M. (org). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. Cap.1, p.19-45.

SALLES, L.M.F. A Representação Social do adolescente e da adolescência: um discurso contrastante entre o genérico e o particular (Um estudo em escolas públicas do estado de São Paulo). 1993, 229f. Tese, (Doutorado em Psicologia da Educação). — Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Educação. Governo do Estado de São Paulo. Fundação para o Desenvolvimento da Educação. **Prevenção também se ensina**: ação preventiva ao abuso de drogas e as DST/AIDS nas escolas estaduais de São Paulo. São Paulo, 1997. p. 3-7.

SAWAIA, B.B. A consciência em construção no trabalho da existência: metodologia de pesquisa participante e pesquisa de ação. 1987. 2.v. Tese, (Doutorado em Psicologia da Educação). — Pontifícia Universidade Católica São Paulo. São Paulo.

SEIFFERT, O.M.L.B. **Universidade e pesquisa: a política institucional e a representação social de docentes**. , 1993, 137f. Tese, (Doutorado em Psicologia) — Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILBER, T. J., D'ANGELO, L.V., WOODWARD, K. El SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. In: **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**. La salud del adolescente y del joven. Washington, 1995. (Publicación científica, 552).

SIECUS; New report shows HIV is a global epidemic. **Bulletin**, v. 2, n.22. p. 2, feb, 1998.

SOCIETY FOR HUMAN SEXUALITY. **Hot sex**, safely: a guide to safer sex techniques. Revision 1.5, June 25, 1997.

SONTAG, S. **Da doença como metáfora**. Trad. Márcia Ramalho. Rio de janeiro: Graal, 1985. 108 p.

_____. **Aids e suas metáforas.** Trad. Paulo Henriques Britto. São Paulo: Companhia dos livros, 1991. 111 p.

SPINK, J.M. (org). **O conhecimento no cotidiano:** as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. 311p.

SPINK, J.M. (org). Conceito de representações sociais na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.9, p. 300-308. 1993.

SPINK, J.M. **As Representações Sociais e sua aplicação na área da saúde.** (Aula ministrada no Curso Trabalhando com os conceitos de coletivo, representação social, participação e cidadania e saúde". In: Congresso Brasileiro de Saúde Pública, 2 e Congresso Paulista de Saúde Pública, 3, 1989, São Paulo..(mimeo).

SPINK, J.M. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, S. GUARESCHI, P. (org). **Textos em representações sociais.** Rio de Janeiro: Vozes, 1994..

STRAUSS, C.L. **Antropologia estrutural.** Rio de Janeiro: Tempo Brasiliense, 1975. 311p.

THIOLLENT, M. J. P. **Crítica Metodológica, investigação social e enquete operária.** São Paulo: Polis, 1980. (Coleção Teoria História).

THE STATUS and trends of the global HIV/AIDS pandemic: final report. In: **INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS**, 11, 1996, Vancouver. 91p.

UNAIDS/WHO. **Report on the Global HIV/AIDS Epidemic.** December, 1997. 22p.

UNAIDS/WHO. **Report on the Global HIV/AIDS Epidemic** June 2000: 139p

UNAIDS. **World AIDS campaign with young people.** Geneva, 1998. 26p.

_____. **Force for change: World AIDS campaign with young people.** Geneva, 1998. 11p.

VALA, J. **Representações Sociais para uma psicologia do pensamento social.** In: VALA, J., MONTEIRO (org). **Psicologia Social.** Lisboa: Caloutre, 1993.

VERONESE, R. **Doenças infecciosas e parasitárias.** 8.ed. Rio de Janeiro: koogan, 1991. cap. 30, 228 p.

VILLELA, W. **Homens que fazem sexo com mulheres:** prevenindo a transmissão do HIV, proposta e pistas para o trabalho. São Paulo: NEPAIDS, 1997. 51 p.

WAGNER, W. Sócio-gênese e o conceito de representações sociais. In: MOREIRA, A.S. P.; OLIVIEIRA, C.O. (org). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social.** Goiânia: ABDR, 1998. p.3-26.

WEEKS, J. Aids: the intellectual agenda. In: AGGLETON, P., HART, G.; DAVIES, P. **Aids: social representations, social practices.** London: The Falmer, 1989.

10. APÊNDICES

Apêndice – I – Termo de autorização para o diretor da Escola Estadual de Ensino Fundamental d Médio Profª Alice de Almeida Carneiro sobre a pesquisa "Adoção de Práticas de Sexo Mais Seguro de Jovens do Sexo Masculino"

João Pessoa, ___/___/199__

Srº Diretor,

Eu, Ednaldo Cavalcante de Araújo, aluno do Curso de Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP/EPM, pretendo realizar a pesquisa "Adoção de Práticas de Sexo Mais Seguro de Jovens do Sexo Masculino". Para isto, necessito de sua valiosa colaboração no sentido de consentir o início das atividades que estão programadas com os estudantes desta instituição.

Um dos objetivos propostos é o de conhecer as representações elaboradas pelos jovens do sexo masculino a respeito de práticas de sexo mais seguro, HIV e aids visando buscar subsídios para compreender, modificar e/ou complementar a natureza das informações relacionadas com práticas de sexo mais seguro, HIV e a aids. Para alcançá-lo, empregarei a técnica de entrevista com roteiro semi-estruturado elaborado com questões que precisam ser respondidas por eles, as quais, serão gravadas para um melhor apreendimento das informações.

Contando com a sua colaboração agradeço-lhe antecipadamente,

Ednaldo Cavalcante de Araújo

Assinatura

Apêndice – II – Termo de consentimento para os jovens sobre a pesquisa "Adoção de Práticas de Sexo Mais seguro de Jovens do Sexo Masculino"

João Pessoa, ___/___/199__

Caros jovens,

Pretendo realizar a pesquisa "Adoção de Práticas de Sexo Mais Seguro de Jovens do Sexo Masculino", necessitando para isto, de sua valiosa colaboração engajando em atividades que estão programadas para a realização da mesma. Com isto elaborarei a minha tese de Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP/EPM.

Um dos objetivos propostos é o de conhecer as representações elaboradas pelos jovens do sexo masculino a respeito de práticas de sexo mais seguro, do HIV e da aids, visando buscar subsídios para compreender, modificar e/ou complementar a natureza das informações relacionadas com práticas de sexo mais seguro, HIV e aids. Para alcançá-lo, empregarei a técnica de entrevista com roteiro semi-estruturado elaborado com questões que precisam ser respondidas por vocês, as quais, serão gravadas para um melhor apreendimento das informações. Ressalto que o nome do participante não será mencionado no trabalho final, resguardando os direitos de privacidade dispostos na Resolução 196 de 1996 do Ministério da Saúde sobre pesquisa com seres humanos.

Portanto, se você deseja participar voluntariamente desta pesquisa, queira assinar no local reservado nesta folha. Contando com a sua colaboração agradeço-lhe antecipadamente.

Ednaldo Cavalcante de Araújo

Assinatura

Apêndice – III – Termo de consentimento para os pais ou responsáveis pelo
jovem sobre a pesquisa "Adoção de Práticas de Sexo Mais
Seguro de Jovens do Sexo Masculino"

João Pessoa, ____/____/199__

Caro pai, mãe ou responsável pelo jovem,

Pretendo realizar a pesquisa "Adoção de Práticas de Sexo Mais Seguro de Jovens do Sexo Masculino", necessitando para isto, de sua valiosa colaboração no sentido de consentir que o seu filho participe das atividades que estão programadas. Com esta pesquisa elaborarei a minha Tese de Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP/EPM.

Um dos objetivos propostos é o de conhecer as representações elaboradas pelos jovens do sexo masculino a respeito de práticas de sexo mais seguro, HIV e aids, visando buscar subsídios para compreender, modificar e/ou complementar a natureza das informações relacionadas com as práticas de sexo mais seguro, HIV e aids. Para alcançá-lo, empregarei a técnica de entrevista com roteiro semi-estruturado elaborado com questões que precisam ser respondidas por eles, as quais, serão gravadas para um melhor apreendimento das informações. Ressalto que não será mencionado o nome do participante, resguardando os direitos de privacidade estabelecidos pela Resolução 196 de 1996 do Ministério da Saúde sobre pesquisa com seres humanos.

Se você consente que o seu filho participe voluntariamente desta pesquisa, queira assinar no local reservado nesta folha. Contando com a sua colaboração agradeço-lhe antecipadamente.

Ednaldo Cavalcante de Araújo

Assinatura do pai ou responsável

Apêndice – IV – Termo de Consentimento Pós-Informado para os jovens sobre a
pesquisa "Adoção de Práticas de Sexo Mais Seguro de
Jovens do Sexo Masculino"

João Pessoa, ____/____/199__

Eu _____ declaro ter sido informado sobre os objetivos da pesquisa "Adoção de Práticas de Sexo Mais Seguro de Jovens do Sexo Masculino", e que as informações obtidas serão tratadas de maneira sigilosa, preservando minha identificação e da instituição a qual pertencço.

Entendo que minha participação é voluntária, tendo plena liberdade em recusar a prestar informações durante a entrevista.

Ednaldo Cavalcante de Araújo

Apêndice – VI – Resumo das entrevistas individuais da pesquisa "Adoção de Práticas de Sexo Mais Seguro de Jovens do Sexo Masculino"

Entrevista Realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro com Peter no dia 24 de abril de 1998 das 20:00 às 20:40 h por Ednaldo Cavalcante de Araújo

Peter é solteiro, dezesseis anos, estudante da sétima série do ensino fundamental do período da noite, filho de pais separados, tem um irmão, reside com a mãe no Bairro de Manaíra localizado na orla em João Pessoa/PB.

Não conversa com os pais nem com os amigos sobre assuntos relacionados com a sexualidade, mas, mantém-se informado no dia a dia através dos meios de comunicação. Não tem namorada e nunca teve, pois, se acha muito novo para se envolver com alguém. Começou a se masturbar aos treze anos após ver seus tios se masturbarem. Iniciou a vida sexual aos sete anos com meninas de sua idade. Nunca teve relações homossexuais. Aos quinze anos, teve sua primeira e única relação sexual penetrativa desprotegida com uma garota desconhecida. Estava consciente do risco de se contaminar com alguma DST nesta relação. Segundo ele práticas de sexo mais seguro é usar camisinha. Nunca ouviu falar em negociação sexual, mas sobre o HIV e a aids, embora não saiba o significado destas doenças. Não é usuário de drogas ilícitas.

Quanto ao futuro, não sabe dizer o que esperar dele.

Entrevista Realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Éric no dia 7 de maio de 1998 das 20:00 às 21:30 h por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

Éric é estudante da sétima série do ensino fundamental do período da noite, natural de Sapé – interior do Estado da Paraíba/PB. Dezoito anos, solteiro, assalariado, jardineiro, Tem sete irmãos, três homens e quatro mulheres. Há quatro anos reside na capital do Estado, João Pessoa/PB.

Refere não ter recebido de seus pais nenhuma orientação para o exercício da sexualidade, nem quando era adolescente. Entretanto, sempre a buscou com os amigos. Iniciou sua vida sexual aos quinze anos quando se masturbou pela primeira vez. Sua primeira relação sexual aconteceu quando iria completar dezesseis anos com uma mulher mais velha que ele sem o uso do preservativo. Já possuiu mais de cinco parceiras sexuais, todas prostitutas. Não fez uso do preservativo com duas delas. Já praticou o sexo oral sem proteção e nunca praticou o sexo anal. Nunca praticou sexo com homens. Não sabe negociar práticas de sexo mais seguro nem os materiais necessários para elas. Sabe que o HIV é uma doença que leva à morte, mas, não sabe o que é a aids. Quanto às formas de transmissão do HIV, só conhece a sexual sem proteção. Acha que beijar, abraçar, sentar numa cadeira que alguém que está com o HIV, pode contaminar alguém. Nunca se contaminou com alguma DST. Não conhece ninguém com o HIV nem com a aids. Teme já estar contaminado com o HIV, mas, não fez o teste anti HIV, ainda. Nunca usou drogas ilícitas, mas, faz uso do álcool regularmente com os amigos.

Quanto ao futuro, espera ser um homem realizado na vida, ser feliz e alcançar seus objetivos. Quer ter dois filhos, uma mulher que o ame de verdade, que nunca o traia, porque, com certeza, nunca a trairá. Pretende cursar Arquitetura na Universidade e poder ajudar sua mãe, sempre.

Entrevista realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Rodrigo no dia 6 de novembro de 1997 das 20:00 às 21:30 h
por Ednaldo Cavalcante de Araújo

Rodrigo é estudante da segunda série do ensino fundamental do período da noite, dezoito anos, solteiro, assalariado, filho de agricultor e de empregada doméstica que residem no interior do Estado da Paraíba/PB. Tem dez irmãos, seis homens e quatro mulheres. Há dois anos e seis meses reside na capital do Estado, João Pessoa/PB. Há um ano e oito meses trabalha em casa de família, localizada no Bairro do Bessa, como empregado doméstico.

Entre os seis e os sete anos iniciou sua vida sexual com garotos de sua idade. Considerava-se um garoto muito violento e, por isso, os outros, se sentindo ameaçados para não serem agredidos, ofereciam-se para manter relação sexual anal. Aos dezoito anos, manteve uma relação sexual oral com um desconhecido porque precisava de dinheiro para sobreviver. A primeira relação heterossexual aconteceu aos treze anos com uma garota de onze anos, sem o uso da camisinha. Teve mais de dez parceiras sexuais e, com a maioria delas, não fez uso correto nem contínuo de camisinhas. Nunca ouviu falar sobre as práticas de sexo mais seguro nem como sabia negociá-las com suas parceiras sexuais. Geralmente, elas são escolhidas mediante critérios de “por ser uma nega feia ninguém a quer” ou “é uma neguinha bem besta que não sai com outros caras” ou “ela é feia e não tem muitos parceiros”. Isto lhe dá a certeza de que ela é sadia ou que o risco de pegar DSTs é mínimo. Por outro lado, contraiu doença venérea com a primeira parceira, mas, não procurou um médico para diagnóstico e tratamento. Entretanto, procurou um “farmacêutico” que o aconselhou a procurar um médico. Com medo, preferiu “se tratar” em casa colocando perfume sobre os “carocinhos” que apareceram em seu pênis. Tem dificuldade de manter relação sexual sóbrio. Alega que o álcool o deixa mais desinibido e, muitas vezes, usa a força física para conseguir manter uma relação sexual. Não consegue estabelecer um vínculo afetivo sexual com ninguém por se considerar “safado” e gostar de “mulher safada”. Durante uns quinze dias, fumou maconha por diversas vezes tanto em grupo quanto sozinho. Nega ter usado drogas ilícitas injetáveis.

Ele espera ter um bom futuro, se casar, constituir família com filhos para melhorar o seu comportamento agressivo. Pretende continuar estudando porque já perdeu muito tempo na vida.

Entrevista realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Fábio no dia 10 de novembro de 1997 das 20:00 às 21:00 h por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

Fábio é estudante da primeira série do ensino fundamental do período da noite, filho de pais separados, dezesseis anos, solteiro, cinco irmãos do sexo masculino, reside com a mãe e o padrasto há quatro meses no Bairro São José localizado em João Pessoa/PB.

Nunca recebeu orientação sexual de sua família, mas, tem um amigo com quem gosta de conversar sobre sexo. Iniciou a vida sexual, aos quatorze anos, com uma garota de dezessete onde ela o masturbou e mantiveram relação sexual oral desprotegida e relação vaginal protegida. Aos quinze anos, teve uma experiência homossexual com um rapaz de dezoito anos. Praticaram o sexo oral e o anal com preservativo. Gostou da experiência, mas, atualmente, condena as práticas homossexuais por ter se tornado carismático. Já teve umas cinco parceiras sexuais e, na maioria das vezes, usou o preservativo. Quando não o usou foi por falta de condições financeiras para comprá-lo. Suas parceiras, geralmente, exigem que use o preservativo para não engravidarem, embora já tenha engravidado uma garota de dezessete anos, mas, ela praticou o abortamento usando comprimidos. Não sabe o que são as práticas de sexo mais seguro nem negociação sexual. Não sabe o que é o HIV, mas, o que é a aids. Conhece duas doentes de AIDS que residem em seu bairro. Não usa drogas ilícitas, mas, fuma e bebe regularmente.

Do futuro espera que aconteçam coisas boas, como conseguir um emprego e ir para o Rio de Janeiro. Pretende se casar, mas, quanto completar vinte e quatro anos.

Entrevista Realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Adriano no dia 6 de março de 1998 das 19:00 às 20:00 h por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

Adriano é solteiro, tem vinte anos, é estudante da sétima série do ensino fundamental do turno da noite, caçula de oito irmãos, cinco homens e três mulheres. Órfão de pai desde os dois anos reside com a mãe, três irmãos e uma prima no Bairro de Manaíra localizado em João Pessoa/PB.

Aos sete anos, iniciou as práticas sexuais com meninas da mesma idade. Aos treze anos, teve a primeira relação sexual com a babá de sua sobrinha de quinze anos. Ele acha que ela o abusou sexualmente, mas, foi a responsável pelo desabrochar de sua sexualidade. Mantiveram um relacionamento afetivo-sexual de seis meses sem o uso do preservativo por falta de conhecimento da existência dele. Depois que este relacionamento terminou, ele passou dois anos em abstinência sexual, reiniciando aos quinze anos. Aos dezessete, namorou uma mulher de vinte e cinco anos com a qual teve uma filha aos dezoito. Foi uma grande surpresa saber que foi pai com esta idade. Tornou-se adepto do preservativo aos dezessete anos, mas, não o usou de forma contínua com duas namoradas, a primeira e a mãe de sua filha. Entretanto, há oito meses ele se relacionou com uma garota que lhe parecia promíscua e não usou o preservativo. Teve uma experiência homossexual aos dezenove anos onde praticaram o sexo oral, trocaram carícias e beijos. Não usou preservativo porque ele era uma pessoa que sabia “chupar bem” e, dessa forma, não acreditava que poderia contrair algumas doenças sexualmente transmissíveis. Teve oito parceiras sexuais e uma média de cento e vinte relações sexuais, usando o preservativo na maioria delas. Fez uso da maconha por três meses quando namorava uma garota dependente de drogas. Experimentou por curiosidade em saber o que era “tá muito alto”, “tá muito louco” e “tá viajando”. Faz uso de drogas lícitas como o cigarro e o álcool.

Quanto ao futuro, espera concluir um curso superior, se casar e ter filhos gêmeos, seu maior sonho.

Entrevista realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Fabrício no dia 14 de abril de 1998 das 20:00 às 21:00 por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

Fabrício é estudante da oitava série do ensino fundamental do turno da noite, tem dezoito anos, está casado e é pai de dois filhos, tem quatro irmãos, dois homens e duas mulheres, trabalha como porteiro de edifício, é assalariado e reside no Bairro São José localizado em João Pessoa.

Ele me revelou durante a entrevista que seus pais não conversavam assuntos referentes a sexualidade com ele. Por outro lado, tem um amigo que desde a infância conversa com ele e dele recebe informações de como se conduzir na vida. É seu melhor amigo. Sua vida sexual começou aos treze anos quando se masturbou pela primeira vez. Aos dezesseis, teve sua primeira relação sexual penetrativa sem o uso do preservativo por não saber usá-lo. Não usa preservativo por achar que o mesmo interfere no prazer sexual. Teve uma parceira sexual depois de casado, com a qual, também, não usou o preservativo. Nunca praticou o sexo oral nem o anal, embora tivesse vontade de praticá-los. Nunca se relacionou sexualmente com homens, embora já tenha recebido várias cantadas, pois, já trabalhou numa boate gay como garçom. Não sabe o que seja negociação sexual, nem praticas de sexo mais seguro. Em termos de materiais para as práticas de sexo mais seguro só conhece o preservativo. Nunca teve uma DST. Acredita que o HIV é o começo da aids e que ela pode levar a morte. Conhece alguns sintomas e sinais desta infecção embora não tenha nenhum conhecido doente de aids. Nunca usou drogas ilícitas, porém, já usou bebidas alcóolicas como cerveja e ron montila, não para praticar sexo; mas, para se divertir.

Quanto ao futuro, espera trabalhar, fazer o bem para si e para os outros. Não pretende frequentar curso universitário, mas, ter uma vida e um emprego melhor. Tem vontade, também, de ser policial, mas, sua mãe é contra.

Entrevista realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Jean no dia 11 de novembro de 1997 da 20:00 às 21:00 h por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

Jean é estudante da segunda série do ensino fundamental do turno da noite, tem vinte e quatro anos, solteiro, filho de agricultores que residem em Alagoa Grande, interior do Estado da Paraíba/PB. Tem quatorze irmãos, dez homens e quatro mulheres. Atualmente, está residindo com uma irmã no conjunto residencial Funcionários II.

Ele me referiu que, de modo geral, mantém um bom relacionamento com a sua família. Entretanto, tem um irmão mais novo que não se dá bem com ele e uma irmã que ele tenta colocá-la no bom caminho por ser mais nova que ele e estar longe dos pais. Não conversa e nunca conversou sobre sexualidade com ninguém de sua família e nem com os amigos. Segundo ele, seus pais eram tímidos porque moravam lá no sítio e para eles, falarem sobre sexualidade para os filhos era muito difícil, era muito vergonhoso dizer como era e como não era que fazia sexo. A primeira vez que ele praticou sexo, aos doze anos, aprendeu fazendo sozinho e procurando ler alguma coisa a respeito. Não usou preservativo por não saber que era necessário para evitar doenças e gravidez indesejada. Já teve muitas parceiras sexuais e usou o preservativo com pelo menos dez delas. Como consequência, adquiriu gonorréia aos vinte e dois anos, a qual foi muito difícil de ser tratada. Já manteve duas relações sexuais com homens e, também, não usou o preservativo por desconhecimento. Não tem nada contra que tem relação com homens, acha natural a pessoa gostar do outro do mesmo sexo. Não sabe nada sobre práticas de sexo mais seguro nem como negociá-las. Sabe alguma coisa sobre o HIV e a aids, sintomas e sinais, modo transmissão e de prevenção. Considera-se uma pessoa que teve comportamentos de risco para o HIV e para a aids e tem coragem de submeter-se ao teste anti HIV.

Já usou drogas ilícitas, como a maconha. Faz uso do álcool freqüentemente e já o usou para encorajar às práticas sexuais. Acha que o uso de drogas o impediu de adotar medidas de prevenção contra as DSTs, o HIV, a aids e a gravidez.

Quanto ao futuro, espera constituir uma família e proporcionar-lhe uma melhor condição de vida aos filhos. Espera poder ajudar seus familiares também, inclusive seus pais.

Entrevista realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Marcelo no dia 5 de dezembro de 1997 das 19:00 às 20:00 h
por Ednaldo Cavalcante de Araújo

Marcelo é estudante da terceira série do ensino médio do turno da noite, vinte e quatro anos, solteiro, pai de um filho e esperando o segundo, órfão de pai, seis irmãos, dois homens e quatro mulheres, porteiro de edifício, assalariado, reside no Bairro de Tambaú, na orla de João Pessoa/PB.

Ele me relatou que não tinha um bom relacionamento com sua mãe antes de se casar e ter filhos. Acredita que a condição de estar casado melhorou o seu relacionamento com ela. Relaciona-se bem com sua esposa e com sua sogra. Nunca recebeu orientação para o exercício da sexualidade de seus pais. Seu pai nunca tinha tempo para orientá-lo e sua mãe era ignorante no assunto não falando nada a respeito de jeito nenhum. As informações recebidas foram sempre obtidas no convívio com os amigos em ambiente de trabalho. Sua vida sexual começou aos onze, doze anos quando se masturbou pela primeira vez. Aos treze, teve sua primeira relação sexual com uma garota inexperiente, sem usar a camisinha, mas, não foi lá essas coisas ocasionado pelo medo, nervosismo e inexperiência de ambos. Aos quinze, é que recomeçou as práticas sexuais com prostitutas. Já teve umas onze parceiras sexuais, com predominância do sexo vaginal, e com duas é que usou o preservativo. Já praticou o sexo oral e o anal sem proteção. Já contraiu o condiloma acuminado. Sabe que práticas de sexo mais seguro é prevenção e o material usado para isso só conhece o preservativo. O HIV significa morte e medo de contraí-lo. Sabe pouco sobre as formas de transmissão do HIV e dos sinais e sintomas da aids. Acha-se um candidato a ter o HIV devido ao seu passado sexual. Já usou droga ilícita como a maconha por muito tempo, mas, com pouca freqüência. Usa o álcool, não para encorajá-lo as práticas de sexo, mas, por diversão.

Quanto ao futuro, espero que Deus o proteja não só da AIDS, mas, de muitas outras coisas.

Entrevista realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Gilberto no dia 12 de novembro de 1997 das 21:00 às 22 h por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

Gilberto é estudante da terceira série do ensino fundamental do turno da noite, órfão de pai há sete anos, dezoito anos, solteiro, nove irmãos, seis homens e três mulheres, natural de Alagoa Grande/PB. Faz três anos que reside em casa do patrão situada à rua Umbuzeiro no Bairro de Manaíra em João Pessoa/PB.

Refere não conversar sobre qualquer assunto referente a sexualidade com sua mãe, embora, ela lhe faça recomendações para não se envolver sexualmente com mulheres que possa resultar numa gravidez ou contrair doenças sexuais. Só conversa um pouco do que aprendeu na escola com um dos irmãos mais velhos sobre mulher, uso da camisinha, gravidez e doença sexualmente transmissível, principalmente, sobre a AIDS. Já com os amigos, só conversa sobre assuntos relacionados ao trabalho. Iniciou sua vida sexual aos quatorze anos com uma garota de quinze anos de Areia sem usar o preservativo e antes mesmo de praticar a masturbação. Teve mais três parceiras sexuais, com as quais praticou o sexo vaginal, também, sem o uso do preservativo. Nunca praticou o sexo oral nem o anal e não saberia se proteger se fosse praticá-los. Mas, se sente atraído por eles, embora os ache pecado a pratica deles. Atualmente, tem relação sexual e faz questão em usar o preservativo quando não conhece a parceira. Acha que o uso dele tira o prazer e se preocupa com a possibilidade de ter que usá-lo quando for tirar a virgindade de uma garota. Sabe como colocá-lo e, também, da importância em usar os lubrificantes adequados. Suas parceiras nunca o exigiram que ele usasse um preservativo. Ele nunca contraiu nenhuma doença venérea, nunca praticou sexo com outro homem e não tem nada contra os homossexuais, pois, tem um tio homossexual. Não sabe sobre as praticas de sexo mais seguro nem como negociá-las. Tem poucos conhecimentos sobre o HIV e a AIDS no que se refere ao modo de transmissão, sintomas e sinais e como de como evitá-los. Não conhece ninguém nem doente de AIDS nem contaminado com o HIV. Nunca usou drogas ilícitas e, raramente, faz uso do álcool e quando o faz, não é para encorajar as práticas de sexo, e sim para se divertir.

Quanto ao futuro, espera alcançar muitas coisas: possuir bens materiais, não fazer o mal a ninguém, não pegar nada de ninguém e sempre estar ajudando a família, principalmente, sua mãe. Quer ter sua própria casa e constituir família.

Entrevista realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com César no dia 12 de novembro de 1997 das 20:00 às 21:00 h por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

César é estudante da segunda série do ensino fundamental do turno da noite, tem dezenove anos, casado, pai aos dezesseis anos de dois garotos, filho de agricultores que residem no interior do Estado da Paraíba/PB, Areia. Trabalha numa loja comercial de João Pessoa com a função de serviços gerais. Tem treze irmãos, nove homens e quatro mulheres. Reside em João Pessoa desde os treze anos.

Relata que não recebeu orientação para o exercício da sexualidade de seus pais nem dos irmãos. Por outro lado, a recebeu de seu cunhado, mas, acha que aprendeu mais sobre sexo sozinho quando começou a namorar e ao iniciar sua vida sexual aos catorze anos sem usar o preservativo por falta de orientação. Já contraiu uma doença venérea sem praticar o sexo vaginal. Teve duas parceiras com as quais transou várias vezes, predominando nessas relações o sexo penetrativo pênis-vagina. Nunca transou com homens e acha muito ridículo um homem transar com outro, embora tenha tido uma experiência homossexual quando criança tanto com o irmão da cunhada dela quanto com o irmão mais novo o qual foi flagrado pelo pai que o espancou muito. Já ouviu falar sobre práticas de sexo mais seguro e, em termos de materiais para praticá-las, só conhece o preservativo masculino. Desconhece o termo negociação sexual e não saberia negociar práticas de sexo mais seguro. Já ouviu falar sobre o HIV e a AIDS e sabe descrever alguns sintomas e sinais destas enfermidades.

Quanto ao futuro, espera muitas coisas como melhorar na vida que está cada vez mais difícil, principalmente, porque tem dois garotos para criar. Precisa arrumar um emprego melhor porque o que tem não dá para subir na vida.

Entrevista realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Kairo no dia 11 de dezembro de 1997 das 19:00 às 20 h por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

Kairo é estudante da terceira série do ensino médio do turno da noite, vinte e um anos, católico, casado há quatro anos e dois meses, pai de duas filhas, tem onze irmãos, seis homens e três mulheres. Trabalha numa fábrica de PVC e recebe um salário de quatrocentos reais por mês. Sua esposa, também, trabalha e ajuda a aumentar o orçamento doméstico. Reside em Manaíra, bairro da orla marítima de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba/PB.

As orientações para o exercício da sexualidade foram repassadas mais pelos amigos do que pelos pais e outros familiares, Sua fonte de informação era, o bate papo com os amigos, no trabalho. Iniciou sua vida sexual se masturbando. Dos quatorze para os quinze anos, teve sua primeira relação sexual vaginal com uma prostituta de um bordel de Campina Grande, mas, usou o preservativo. Teve umas quatro parceiras sexuais e cerca de oito a dez relações sexuais, predominando o sexo vaginal. Se fosse praticar o sexo oral não saberia se proteger. Nunca teve relação sexual com homens. Acha que práticas de sexo mais seguro é usar a camisinha, é ter higiene e saber como fazer “essas coisas”. Em termos de materiais para as práticas só conhece a camisinha. Por negociação sexual entende que é quando alguém quer uma coisa e a mulher não quer; alguém quer um tipo de sexo e a mulher não quer fazer consigo. Acha que ter o HIV e a aids é a mesma coisa. A pessoa que está com o HIV fica sensível e qualquer doença. A transmissão do HIV se dá através da transfusão de sangue e do sexo oral e do uso de drogas. Considera-se uma pessoa com comportamento fora de risco para o HIV e teria coragem de realizar o teste anti HIV. Fez uso do álcool para encorajar a ter a primeira relação sexual. Nunca usou drogas ilícitas e acha que as pessoas que as usam, são fracas.

Quanto ao futuro, espera ter trabalho para melhorar de vida. Fará as provas do exame vestibular e espera ter resultado positivo porque lá no seu trabalho, depois, poderá até ascender profissionalmente.

Entrevista realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Edvan no dia 5 de novembro de 1997 das 20:00 às 21:30 h por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

Edvan é aluno do período noturno da segunda série do ensino fundamental, dezoito anos, solteiro, órfão de pai há um ano e meio, tem dez irmãos, quatro mulheres e seis homens. Há um ano reside em um apartamento, que pertence ao seu patrão, situado no Bessa, bairro da orla marítima de João Pessoa/PB. Sua família mora no interior do Estado da Paraíba, Areia/PB.

Ele me relatou que não recebeu orientação para o exercício da sexualidade de seus pais e não gosta de conversar seriamente sobre sexo com ninguém, mas às vezes, gosta de bater um papo com os amigos para ter uma dica. As dúvidas que tem gosta de tirá-las sozinho, mas acha importante ter alguém para conversar sobre sexualidade. Sua vida sexual começou aos oito anos quando um rapaz lhe ensinou a se masturbar. Aos dez anos, teve brincadeiras sexuais com uma garota e aos treze, teve sua primeira relação penetrativa com a empregada doméstica da casa onde trabalhava desde pequeno; não usou o preservativo por falta de conhecimento. Teve nove parceiras sexuais e usou, apenas, preservativos com três delas embora diga que todos tenham furado na metade da transa. Não faz uso correto nem contínuo de preservativo, pois, tem situação que ele inicia a relação usando-o e quando termina ela retira-o e começa outra relação sem ele. Acha que o preservativo tira o "gosto" na relação. Seu tipo de relação sexual preferida é a pênis-vagina, mas, já praticou o sexo oral e tentou o sexo anal. Nunca transou com homens, mas não tem nada contra. Não sabe o que é negociação sexual nem negocia práticas de sexo mais seguro com suas parceiras. Acha que seu comportamento é de risco não só para o HIV como para outras doenças sexuais. Acha que a aids é uma doença muito perigosa e sabe fazer a distinção entre ser HIV e ter a aids. Não usa drogas ilícitas, embora, já tenha ouvido falar sobre a maconha, a cola e o álcool. Faz uso do álcool de maneira social com os amigos para esquecer um grande amor não correspondido.

Quanto ao futuro, espera se casar depois que conquistar o seu grande amor e ter muitos filhos com ela. Caso contrário, quer ficar solteiro. Pretende continuar estudando para ser um promotor de justiça. Seu maior sonho é possuir uma motocicleta.

Entrevista Realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com André no dia 5 de novembro de 1997 das 19:00 às 20:00 h por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

André é aluno da primeira série do ensino fundamental do turno da noite, dezoito anos, assalariado sem carteira assinada, filho de agricultores residentes no Sítio Chapada, Município do Estado da Paraíba/PB. Faz dois anos que reside em casa de família, localizada no Bairro de Manaíra, João Pessoa, onde trabalha como empregado doméstico.

Iniciou sua vida sexual aos oito anos quando teve relações homo e heterossexuais com garotos e garotas de sua idade. Antes de estas relações acontecerem praticou sexo com animais. Um primo lhe ensinou a se masturbar aos doze anos. A primeira relação heterossexual aconteceu com uma garota grávida de quatorze anos sem o uso do preservativo. Aos dezoito anos, conseguiu uma parceira fixa. Desde que iniciou sua vida sexual, manteve relacionamento afetivo-sexual com três parceiras e uma média de oito relações sexuais. Não era adepto do uso de preservativo, mas, a parceira exigiu que ele o usasse. Nunca ouviu falar sobre as práticas de sexo mais seguro nem de negociação sexual. Nunca usou drogas ilícitas, mas, faz uso de bebidas alcóolicas desde os quatorze anos.

Espera um dia melhorar de vida, sair do emprego para ganhar melhor. Pretende continuar seus estudos, ser bancário ou professor.

Entrevista realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Emanuel no dia 10 de março de 1998 das 20:00 às 21:00 h por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

Emanuel é estudante da primeira série do ensino médio do turno da noite, vinte anos, solteiro, trabalha como pintor de casas, tem sete irmãos, três homens e quatro mulheres. Natural de Jurú, Município do Estado da Paraíba/PB. Atualmente, reside com uma das irmãs no bairro São José, localizado em João Pessoa/PB, capital do Estado.

Refere que não se dá muito bem com os pais. Por esse motivo, nunca os procurou nem foi procurado por eles para conversar sobre assuntos referentes à sexualidade, procurando os amigos mais velhos para se informar. Apesar de possuir sete irmãos, também, nunca os procurou para obter informações para o exercício da sexualidade.

Sua vida sexual começou aos treze anos quando um de seus primos se masturbou em sua frente. e daí em diante não abandonou esta prática. Sua primeira relação aconteceu aos dezesseis anos com uma garota de catorze anos do interior do Estado. Não usou o preservativo mesmo sabendo da existência do mesmo através de informações obtidas com os amigos e da televisão. Já possuiu menos de dez parceiras sexuais e cerca de vinte relações, predominando o sexo vaginal; usou o preservativo com a maioria delas. Já praticou o sexo oral desprotegido por duas vezes. Adotou o uso contínuo do preservativo só a partir dos dezoito anos. Nunca teve relações sexuais com homens, nem quando criança. Não conhece outras formas de proteção para as praticas de sexo mais seguro que não seja o preservativo. Não sabe o que é negociação sexual nem como negociar práticas de sexo mais seguro. Conhece algumas formas de transmissão do HIV, mas, não sabe como o vírus se desenvolve no organismo. Não conhece ninguém contaminado com o HIV nem doente com a aids. Acha que o HIV é o começo da aids e não sabe fazer a diferença entre ser HIV positivo e estar com a aids. Acredita que possa ser portador do HIV, mas não teve tempo para fazer o teste anti HIV.

Quanto ao futuro, espera que ele seja legal e não sabe se fará vestibular e cursará uma Universidade.

Entrevista realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Isaias no dia 19 de maio de 1998 das 19:00 às 20:00 h por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

Isaias é estudante da primeira série do ensino médio do turno da noite, natural de Piancó, interior do Estado da Paraíba/PB, vinte e três anos, órfão de mãe desde os seis anos, solteiro, três irmãos, dois homens e uma mulher. Reside em Manaíra, bairro da orla marítima de João Pessoa/PB.

Não recebeu informações sobre o exercício da sexualidade com seus avós, embora tivesse um bom relacionamento com todos. As informações eram obtidas através de conversas estabelecidas com os amigos mais velhos. Iniciou sua vida sexual aos quatorze anos quando teve relação sexual anal com um amigo sem o uso contínuo da camisinha. Suas primeira relação heterossexual aconteceu por volta dos dezessete anos quando manteve relação sexual desprotegida com uma prostituta. Não usou a camisinha, pois suas parceiras nunca exigiram que ele a usasse. Não sente prazer sexual quando coloca a camisinha já que seu pênis fica grosso demais e dificulta o prazer. Já teve mais de cinco parceiras e com as quais praticou várias relações sexuais vaginais. Nunca contraiu uma DST, não sabe o que é ser HIV positivo nem ter a aids. Não sabe o que é negociação sexual nem práticas de sexo mais seguro. Em termos de materiais para essas práticas, só conhece o preservativo. Nunca fez uso de drogas ilícitas e acha que as pessoas que as usam são pessoas derrotadas na vida.

Quanto ao futuro, quer ser psicólogo para ajudar as pessoas; casar só quando eu tiver um bom emprego e ter só dois filhos.

Entrevista Realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Wilder no dia 6 de dezembro de 1997 das 19:00 às 20:00 h
por Ednaldo Cavalcante de Araújo

Wilder é estudante da terceira série do ensino médio do turno da noite, vinte e um anos, solteiro, órfão de pai desde os dois anos, tem nove irmãos. É natural de Mari, Município da Paraíba/PB.

Quanto ao seu depoimento referiu que não recebeu nenhuma orientação sobre sexo de sua mãe. Admitiu ter tirado algumas brincadeiras sobre o assunto com ela, mas, não a ponto de falar seriamente sobre o assunto por achar que a mãe é do tipo antigo. Também, achou que ela não recebeu orientações de sua mãe quando criança e tudo isto contribuiu para que ela tivesse dificuldades no repasse de informações sobre sexo para seus filhos. Relatou ter aprendido mais sozinho e em conversas estabelecidas com os amigos e um de seus cunhados. Tem mais facilidade de falar seriamente sobre sexo com as meninas do que com os meninos, onde já ganhou a alcunha de “Professor de sexualidade” entre elas.

Iniciou sua vida sexual aos dez anos com uma garota, o qual, foi influenciado por um amigo mais velho. Já teve sete parceiras sexuais com uma média de vinte relações sexuais. Não usou o preservativo em vinte por cento das relações por falta de informações. Naquela época, tanto a aids quanto a importância ao uso da camisinha não eram tão divulgadas. Por outro lado, nenhuma de suas parceiras exigiu que ele usasse a camisinha. Já teve uma relação homossexual quando adolescente e, em virtude disso, acha que tem um bom relacionamento com os travestis e homossexuais. Sabe o que se significa práticas de sexo mais seguro embora desconheça todos os materiais necessários para elas. Atualmente, tem uma parceira sexual fixa. Sabe sobre o modo de transmissão e como evitar o HIV e a aids. Considera-se portador do HIV, embora não tenha feito o teste anti HIV por desconhecer os locais para a sua realização. Nunca usou drogas ilícitas; consome bebidas alcoólicas nos finais de semana, sempre, de maneira exagerada.

Quanto ao futuro, espera se casar, ter filhos e constituir uma família. Pretende seguir uma profissão como a de engenheiro elétrico ou técnico em eletrônica.

Entrevista realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Victor no dia 3 de junho de 1998 das 20:00 às 21:00 h por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

Victor é órfão de mãe, vinte e três anos, solteiro, têm seis irmãos, estudante da oitava série do ensino fundamental do turno da noite, reside no Bairro do Bessa, localizado na orla em João Pessoa/PB. Trabalha em casa de família como empregado doméstico.

Ele me relatou que nunca tinha dialogado com seu pai sobre sexualidade. Os irmãos o pressionam a ter uma namorada por acharem que ele é homossexual. Entretanto, ele não sente vontade nem atraído sexualmente por mulher, tornando-se evangélico por esse motivo. Não entende porque tem o “problema de ser afeminado” e não se aceita como é. Tem consciência que desde os cinco anos sentia atração sexual por homens. Na época, costumava apalpar os órgãos genitais dos homens que freqüentavam sua casa. Estava com dez anos quando teve a primeira relação sexual anal com adolescentes de dez a doze anos, sem o uso do preservativo. Já teve uns cinco parceiros sexuais e usou a camisinha com quase todos. Gosta de ser penetrado, não é adepto do sexo oral e nunca transou com mulheres, mas, já sentiu vontade quando era adolescente. Há uns quatro anos contraiu o condiloma acuminado para o qual fez tratamento médico. Não entende muito sobre a aids. Nunca usou drogas ilícitas.

Quanto ao futuro, gostaria de estabelecer uma relação afetiva-sexual com um homem, seu grande sonho é encontrar um grande amor, mas, sente vergonha de estar com outro homem e de praticarem o sexo.

Entrevista realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Walter no dia 13 de novembro de 1997 das 21:00 às 21:30 por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

Walter é estudante da segunda série do ensino fundamental do turno da noite, dezoito anos, solteiro, duas irmãs, porteiro de edifício, assalariado, reside no Bairro de Tambaú, localizado em João Pessoa.

Apesar de ter uns desentendimentos, de vez em quando, com sua mãe, referiu que tem um bom relacionamento com ela. Nunca recebeu orientação dela para o exercício da sexualidade, embora ele a considere uma pessoa aberta. Ele não permite que ela opine sobre sua vida particular. No trabalho, se relaciona bem com os filhos e filhas dos condôminos, a ponto de ter tido envolvimento sexual com uma das filhas de um condômino. Iniciou sua vida sexual aos treze anos quando seu primo tinha relação sexual anal desprotegida com ele. Aos quinze anos, teve sua primeira relação, com uma prima, sem usar a camisinha. Já teve três parceiras sexuais com as quais já praticou o sexo vaginal e o anal desprotegido. Alega o não uso pelo fato de já ter tido mais de dez relações e não se sentir confortável com ele. Não fez questão em usá-lo, pois, já conhecia suas parceiras. Nunca negociou práticas de sexo mais seguro e só conhece a camisinha como material para as práticas sexuais mais seguro. Não tem muito conhecimento sobre o HIV, as formas de transmissão e de prevenção. Sabe que a aids é uma doença letal que pode ser evitada usando o preservativo. Não conhece nenhum portador do HIV nem que esteja com a aids. Nunca usou drogas ilícitas, mas tem amigos que usam a maconha. Bebe socialmente cerveja, mas nem todo final de semana,

Quanto ao futuro, espera ser uma pessoa do bem, quer ser um empresário, dono de uma rede de supermercados e ajudar sua família.

Entrevista Realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro

com Jonathan no dia 20 de novembro de 1997 das 19:00 às 20:00 h por Ednaldo

Cavalcante de Araújo

Jonathan é estudante da quinta série do ensino fundamental do turno da tarde, órfão de pai, dezessete anos, solteiro, natural de Sumé, Município do Estado da Paraíba/PB. Reside com a mãe e um irmão de quinze anos no Bairro de Manaíra, localizado na orla de João Pessoa/PB.

Nunca recebeu orientação sexual de sua mãe, embora seja ela quem compra seus preservativos. Gosta de conversar sobre sexualidade com um amigo. Muito do que aprendeu no exercício da sexualidade foi com o avô e com os amigos. Iniciou a vida sexual com a primeira namorada. Sempre fez uso do preservativo desde a primeira relação por orientação do avô. Já teve cinco parceiras e nenhuma delas o exigiu que usasse o preservativo. A iniciativa sempre foi dele e ficaria envergonhado se partisse da companheira. Não é adepto do sexo oral nem anal. Acha o sexo oral um “negócio ceboso” e o anal “uma coisa esquisita”. É o mesmo que “comer um macho”. Nunca teve relação homossexual. Já ouviu falar do HIV, mas, não sabe dizer o que é aids. Nunca fez uso de drogas ilícitas. Não fuma, mas, faz uso do álcool só e acompanhado com os amigos.

Quanto ao futuro, espera ser um soldado da aeronáutica, mas, antes tem que terminar os estudos para isto se concretizar. Pretende realizar as provas do exame supletivo e um dia se casar.

Entrevista Realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro
com Robson no dia 5 de dezembro de 1997 das 21:00 às 22:00 h por
Ednaldo Cavalcante de Araújo

Robson é estudante da terceira série do ensino fundamental do turno da noite, vinte e dois anos, solteiro, natural de Sapé, Município da Paraíba/PB. Tem pai e mãe e um casal de irmãos que residem em Sapé. Atualmente, reside com dois amigos. Trabalha numa loja de material esportivo, mas, não recebe o salário mínimo e sim por comissão.

Ele me relatou que nunca recebeu orientação para o exercício da sexualidade de seus familiares. Tudo que aprendeu foi em conversa com os amigos, leituras e assistindo a filmes. Iniciou sua vida sexual aos onze anos com uma garota que trabalhava em sua casa. Não usou preservativo alegando a baixa idade e a falta de informações sobre a importância do uso nas relações sexuais, principalmente, quando tinha quatorze, quinze anos. Devido a isto, engravidou uma garota, mas, esta gravidez não foi a termo. Teve menos de dez parceiras sexuais, oito relações sexuais e usou, apenas, umas quatro vezes o preservativo. Desconhece as práticas de sexo mais seguro e não sabe negociá-las. Atualmente, tem parceira fixa que faz questão que ele use o preservativo. Em sua relação prevalece o sexo vaginal e o oral. Nunca praticou o sexo anal porque suas parceiras nunca o permitiram praticá-lo. Nunca teve experiência homossexual e não é contra a homossexualidade, contanto que os homossexuais o respeitem. Já ouviu falar sobre a aids e o HIV. Já conheceu alguém que tinha aids, mas o mesmo foi a óbito.

Fez uso da maconha por um dia com o propósito de descobrir o que a turma falava a respeito dos efeitos da droga. Queria ver e ouvir as coisas diferentes descritas por seus colegas. No carnaval, já usou o loló associado com o álcool. Diz ser tímido e quando fez uso dessas drogas sentiu-se encorajado para conquistar uma garota e, com ela, ter relações sexuais. Não faz uso do tabaco.

Quanto ao futuro, espera ter pelo menos saúde e que a situação econômica do país mude, pois, "as coisas estão feias". Pretende se casar um dia, mas devido à situação econômica acha que vai "despretender".

Entrevista realizada no Colégio Dona Alice de Almeida Carneiro

com Wilkson no dia 12 de novembro de 1997 das 20:00 às 21:00 h

por Ednaldo Cavalcante de Araújo

Wilkson é estudante da terceira série do ensino médio do turno da noite, vinte e um anos, solteiro, órfão de pai, quatro irmãos, um homem e três mulheres, encarregado pelos serviços gerais de uma escola particular, assalariado, reside no Bairro São José, em João Pessoa/PB.

Não teve um bom relacionamento com seus pais. Seu pai era alcoolista e faleceu vitimado de um câncer na próstata há um ano. Alega que eles nunca conversaram sobre sexualidade, talvez pelo despreparo de ambos ou vergonha em falar sobre sexualidade com os filhos. Sua vida sexual começou aos doze anos quando teve uma relação anal com um homossexual. Aos quatorze, quinze anos se masturbou pela primeira vez. Sua primeira relação heterossexual aconteceu aos dezessete anos com uma amiga, com a qual ficou tendo relação com ela por dois anos, mas, foi sob muita tensão. Devido a isto, não conseguiu a ereção de imediato e estava sem o preservativo. Das relações que já teve, só usou o preservativo duas vezes. Alega que o mesmo tirava-lhe o prazer e o tesão. Quando o colocava perdia a ereção. Quando usou da primeira vez, foi para se proteger de gravidez indesejada. Já praticou o sexo oral sem proteção. Não entende nada por práticas de sexo mais seguro nem sabe negociá-las. Sabe que o HIV é uma doença que ele não que tê-la. Sabe algumas formas de transmissão do HIV, mas, não sabe como ocorre o desenvolvimento da aids. Devido ao seu comportamento sexual, já pensou em fazer o teste anti HIV, mas lhe faltou coragem porque tem medo que o resultado seja positivo e não saber como será seu futuro. Está acometido com uma doença venérea, mas ainda não procurou o médico para tratamento e diagnóstico porque tem medo que já esteja com a aids. Nunca usou drogas ilícitas, mas conhece a maconha e tem um amigo que é usuário. Bebe bebidas alcóolicas socialmente, em ocasiões muito especiais.

Quanto ao futuro, espera conseguir realizar seu maior sonho — se casar, mas, está apreensivo por estar com este problema de saúde e achar que já está com a aids.