

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O amor e o namoro me interessam,
a AIDS, nem tanto !...**

**Representações Sociais da AIDS entre jovens de uma Escola
Estadual de Ensino Fundamental de Porto Alegre.**

Sandra Rejane Soares Ferreira

Porto Alegre, abril de 2000

SANDRA REJANE SOARES FERREIRA

**O amor e o namoro me interessam,
a AIDS, nem tanto!...**

**Representações Sociais da AIDS entre Jovens de uma
Escola Estadual de Ensino Fundamental de Porto Alegre.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora

Prof^a. Dr^a. Marta Julia Marques Lopes

Porto Alegre, abril de 2000

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

F383a Ferreira, Sandra Rejane Soares.

O amor e o namoro me interessam, a AIDS, nem tanto!: Representações Sociais da AIDS entre jovens de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental de Porto Alegre - RS/Sandra Rejane Soares Ferreira; Orientação de Marta Julia Marques Lopes.- Porto Alegre, 2000.

200 p.

Dissertação (Mestrado de Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem.

1. Representações Sociais. – 2. Jovens. – 3. Aids. – 4. Prevenção da AIDS. – 5. Educação para Saúde. - Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marta Julia Marques Lopes (orientadora)

Prof. Dr. Brigido Vizeu Camargo

Prof. Dr. Pedrinho Arcides Guareschi

Prof^a. Dr^a. Maria Alice Dias da Silva Lima

Prf^a. Dr^a. Liana Lautert

Esta dissertação é dedicada aos 145 jovens que, anonimamente, participaram das diversas etapas, desse estudo, contribuindo com seus relatos e respostas, especialmente, aos 35 jovens entrevistados que por seus depoimentos contribuíram no aprofundamento do conhecimento sobre as representações sociais da AIDS, afetividade e sexualidade, nessa etapa da vida.

Dedico, também aos meus pais Adão e Nilza, à minha família, em especial, aos meus 11 lindos sobrinhos: Aline, Rodrigo, Raquel, Liége, Jéssica, Roger, Katherine, Dayse, Patrick, Gabriela e Atila.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizarmos um processo de criação sempre recebemos mais do que construímos, mas muito empreendemos de pessoal neste desafio de dar vida a ciência, mediante sua aproximação com a concretude do cotidiano. Neste estudo, apresentamos fragmentos da história de vida de muitos jovens, bem como contribuições de várias pessoas, com quem convivemos neste processo e, que direta ou indiretamente, contribuíram para que esta pesquisa pudesse efetivamente se realizar. Na impossibilidade de nomear todos aqueles que participaram desta caminhada e influenciaram nossas escolhas, dirigimos nossos agradecimentos a todos com quem convivemos durante a realização do Curso de Mestrado e que anonimamente colaboraram, de alguma forma com esse resultado.

Ao Grupo Hospitalar Conceição e à Divisão de Saúde Comunitária, do Hospital Nossa Senhora da Conceição pela liberação de 50% da carga horária de trabalho, durante dois anos, possibilitando que tivéssemos condições de frequentar o curso e realizar a pesquisa de campo.

À Dr^a. Marta Júlia Marques Lopes, que orientou este estudo com dedicação, entusiasmo e competência, pelo carinho e amizade, pelas horas de gravação, tradução e discussão de textos, pela compreensão de minhas dificuldades e limitações e pela confiança que demonstrou ter nas possibilidades deste trabalho.

Ao Ministério da Saúde e a Coordenação Nacional de DST e AIDS, pelo financiamento do Projeto “As representações sociais e os aspectos socio-cognitivos da prevenção da AIDS entre jovens escolares”, que deu origem a esta Dissertação de Mestrado.

Aos professores Doutores, Brigido Vizeo Camargo, Liana Lautert e Maria Alice da Silva Lima, membros da banca de qualificação do projeto, pelas valiosas sugestões e indicações, realizadas durante a elaboração, deste estudo, que contribuíram efetivamente para a sua concretização.

À Escola Estadual, pela receptividade, confiança e abertura do campo para pesquisa, à direção, à supervisão e à orientação educacional, ao grupo de professores, aos funcionários e aos jovens estudantes nossos carinhosos agradecimento pela disposição em participar e contribuir com este trabalho.

Aos pais dos jovens, pela autorização para que participassem desse estudo possibilitando sua concretização.

Ao Laboratório de Psicossociologia da Comunicação e da Cognição Social, da Universidade Federal de Santa Catarina, pela receptividade e contribuições no meu aprendizado, em especial, ao Prof. Dr. Brigido, ao Niko e a Liliane.

Às professoras Olga Rosária Eidt e Ana Bonilha, pelo incentivo, pelas sugestões, apoio, amizade e pelo empréstimo de seus livros que foram um valioso auxílio.

Aos professores do Curso de Mestrado em Enfermagem, da EEUFRGS, pelas contribuições na construção do conhecimento e aos colegas pelas trocas e incentivo.

Aos colegas da Unidade Coinma, por “segurarem” a minha ausência e pelo apoio oferecido, em especial, à Chefia da Unidade Dr. Hermes W. Catani e à nossa maravilhosa secretária Maria do Carmo Souza Nunes.

Ao Centro de Aperfeiçoamento e Pesquisa do HNSC e à Chefia da Divisão de Saúde Comunitária Dr Djalmo Sanzi Souza e Elizabeth K. Nader.

Ao Núcleo de Epidemiologia, da Divisão de Saúde Comunitária, pelas contribuições e ajuda, em especial, à Dr^a. Silvia Takeda, à Fátima Derlujam e a estagiaria Daiane Loss.

À Berenice B. Maieski, pela valiosa ajuda na transcrição e digitação das fitas.

Aos amigos Tina Cardoso, Neuza Cardoso, Marcos Matge, Leila Ferreira, Leopoldo Schuch, Viter M. Pinto, Denise T. Silveira e Maurelize da Silva pelo carinho, incentivo e apoio.

À bibliotecária Lucia Vauthier Machado Nunes, pela assessoria na revisão bibliográfica e pela ficha catalográfica.

À prof. Lucinda Maria Lorenzoni, pela revisão de português e das normas técnicas do texto, facilitando sua leitura.

“A AIDS é uma presença (indesejável) no mundo contemporâneo. Não é uma presença discreta, que possa ser ignorada, como tantos outros indesejáveis, que distanciados, se diluem, justificam, ou se tornam objeto de esquecimento. Atualiza, no cotidiano de cada um e de suas relações mais íntimas, um limite insuportável, num momento-espço que se quer absoluto. Contradiz a onipotência vislumbrada pela evolução científica e tecnológica, ao mesmo tempo em que atesta uma finitude que incomoda”

Margot Campos Madeira (1998)

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

1 INTRODUÇÃO	13
2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E O REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 Aspectos socioculturais e epidemiológicos da AIDS	21
2.2 AIDS e os jovens: da vulnerabilidade às condutas protetoras	25
2.3 AIDS e as representações sociais: em busca de um referencial compreensivo das atitudes e condutas dos jovens escolares	34
2.3.1 Possibilidades de abordagem propiciadas pela Noção de Representações Sociais	38
2.3.2- Objetivos e perspectivas do estudo	44
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO	46
3.1 Caracterizando o espaço de pesquisa	46
3.1.1 Unidade de Saúde Coimma: espaço em que a pesquisadora está inserida	46
3.1.2 A Escola e seus estudantes	47
3.2 A pesquisa social como forma de aproximação da realidade: elementos para a escolha do caminho metodológico	50
3.2.1 As técnicas para coleta e organização dos dados	54
3.2.2 Tratamento dos dados: ordenação, classificação e análise final	63

3.2.3 Considerações éticas	65
4 O SOLO SOCIOCULTURAL DOS ESCOLARES ESTUDADOS	67
4.1 Aspectos sociodemográficos	67
4.2 Informações sobre AIDS	74
5 PENSAR E VIVER A AIDS: EXPERIÊNCIAS PARTILHADAS	79
6 JOVENS E AIDS: DESVENDANDO CONHECIMENTOS E ATITUDES	96
6.1 Os estudantes entrevistados, quem são?	96
6.2 Vida afetiva, sexualidade e comportamento sexual na fase escolar	103
6.3 A AIDS nos interessa?... Quem conversa sobre isto?...	125
6.4 O que nós sabemos sobre AIDS	143
6.5 Vivências construindo imagens: a proximidade com a doença e os doentes	157
6.6 Atitudes diante da epidemia de AIDS	160
7 RE-PROBLEMATIZANDO A RELAÇÃO AIDS E EDUCAÇÃO PARA SAÚDE	177
7.1 Falando de sexualidade e AIDS em sala de aula: “a idade da bobice”	177
7.2 O enfrentamento à epidemia e a proposta pedagógica em educação para saúde: com a palavra os jovens	180
8- SÍNTESE CONCLUSIVA	185
ABSTRACT	196
RESUMEN	197
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	198
ANEXOS	205

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Possíveis elementos constituintes do núcleo central das Representações Sociais da AIDS entre jovens escolares de 5ª a 8ª série, na faixa etária de 10 a 16 anos, de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, de Porto Alegre, 199983

QUADRO 2- Possíveis elementos constituintes do núcleo central das Representações Sociais da AIDS entre jovens escolares de 5ª a 8ª série de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, de Porto Alegre, comparação por sexo, 199985

QUADRO 3- Possíveis elementos constituintes do núcleo central das Representações Sociais da AIDS entre jovens escolares de 5ª a 8ª série, de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, de Porto Alegre, comparação, por faixas etárias, 1999.....88

QUADRO 4- Possíveis elementos constituintes do núcleo central das Representações Sociais da AIDS entre jovens escolares de 5ª a 8ª série de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, de Porto Alegre, comparação, por sexo, nas faixas etárias de 10 a 12 anos e de 13 a 16 anos, 199990

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Faixa etária e sexo dos jovens escolares de 5ª a 8ª série, de uma Escola Estadual, Porto Alegre, 1999.....	68
TABELA 2- Faixas etárias dos pais dos escolares de 5ª a 8ª série, de uma Escola Estadual, Porto Alegre, 1999.....	71
TABELA 3- Hábitos dos pais dos escolares de 5ª a 8ª série, de uma Escola Estadual, Porto Alegre, 1999.....	73
TABELA 4- Informações sobre AIDS entre jovens escolares de 5ª a 8ª série, de uma Escola Estadual, Porto Alegre, 1999.....	75
TABELA 5- Fontes de Informação sobre AIDS entre jovens escolares de 5ª a 8ª série, de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, 1999.....	75
TABELA 6- Os informantes sobre AIDS dos jovens escolares de 5ª a 8ª séries: quem são? Escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, 1999.....	77
TABELA 7- Idade e sexo dos jovens entrevistados. Escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre-RS, 1999.....	96
TABELA 8- Vida afetiva e comportamento sexual entre jovens escolares de uma Escola estadual de Ensino Fundamental. Porto Alegre, 1999.....	111
TABELA 9- Conhecimento dos vetores associados a transmissão da AIDS entre jovens escolares de 5ª a 8ª série, de uma escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, 1999.....	146
TABELA 10- Nível de conhecimento sobre a transmissão da AIDS entre jovens escolares de 5ª a 8ª série, de uma escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, 1999.....	148
TABELA 11- Conhecimento sobre medidas de proteção da AIDS entre jovens escolares de 5ª a 8ª série, de uma escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, 1999.....	149
TABELA 12- Nível de conhecimento sobre proteção contra AIDS entre jovens escolares de 5ª a 8ª série, de uma escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, 1999.....	153
TABELA 13- Você conhece alguém com AIDS? Respostas dos jovens escolares de 5ª a 8ª série, de uma escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, 1999.....	158

RESUMO

O amor e o namoro me interessam, a AIDS, nem tanto! Representações Sociais da AIDS entre jovens de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental de Porto Alegre é um estudo do tipo exploratório-descritivo que utiliza a abordagem teórico-metodológica, propiciada pela Noção de Representações Sociais. Tem-se como objetivo identificar e compreender as Representações Sociais da AIDS, no universo dos jovens escolares, bem como os conhecimentos e as atitudes ante o risco de contaminação pelo vírus HIV. A população estudada foi de 145 jovens, de 10 a 16 anos, estudantes de 5ª a 8ª série, de uma Escola Estadual. Eles residem em bairros populares com baixo e médio poder aquisitivo, com acesso a condições básicas de habitação, saneamento e infraestrutura urbana, na zona leste de Porto Alegre. Os dados foram obtidos mediante aplicação de questionários, de técnicas de associação livre e de entrevistas. Utilizamos uma metodologia plural, que se propôs a combinar as abordagens dinâmica e estrutural das Representações Sociais. A AIDS não é o assunto que mais interessa estes jovens, no momento, seus interesses e preocupações correspondem às relações afetivas com seus pares e às mudanças corporais que experimentam, nesta faixa etária. Dentre os resultados, podemos afirmar que a quase totalidade dos jovens recebeu alguma informação sobre AIDS e os locais mais citados foram a escola, em casa e na TV. Os jovens representaram a AIDS como uma doença mortal, transmitida pelo sexo, causada por um vírus e que provoca tristeza e medo, mas pode ser evitada pelo uso da camisinha. A maioria dos entrevistados dispõe de conhecimentos médios, tanto sobre a transmissão quanto sobre as formas de proteção da AIDS. Eles não conhecem os mecanismos biológicos da doença, mas sim a imagem de deterioração física a que um doente pode chegar. Um terço deles sabe da existência de portadores sadios da doença e da existência

de tratamento. Quanto às atitudes em relação ao risco de contaminação, elas se modificam em razão da idade e do sexo e os jovens se dizem mais implicados na faixa etária de 13 a 16 anos. Aponta-se para a necessidade de um processo de educação em saúde efetivo e para a importância do conhecimento sobre a doença, mas entende-se que a aquisição de conhecimentos não é suficiente para adoção de condutas preventivas. As atitudes que poderão se configurar em condutas preventivas dependem de muitos fatores e não se resumem aos aspectos cognitivos. Os jovens, desta pesquisa, fornecem elementos que apontam para a complexidade desta temática e a necessidade de ajustarmos nossas práticas pedagógicas em educação para saúde.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo constitui a dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O objeto desta investigação são as Representações Sociais dos jovens escolares, de 5ª a 8ª series, de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, sobre a AIDS¹.

A preocupação com essa temática foi sendo constituída a partir das reflexões e questionamentos que surgiram, ao longo da atuação profissional como enfermeira e docente, na área de saúde coletiva.

Para delimitar o objeto de investigação, retomamos nossa trajetória por entendermos que essas funções e experiências contribuíram, decisivamente, para seleção do problema de pesquisa.

Durante 12 anos de atuação em Saúde Coletiva, em Unidades de Atenção Primária à Saúde, desenvolvemos diversas atividades em nível individual, familiar e coletivo. Nesta perspectiva, além do trabalho na Unidade de Saúde e na comunidade, atuamos em instituições tais como escolas, creches e asilos, em atividades de educação

¹ Optamos utilizar em todo trabalho a sigla americana AIDS (“acquired immune deficiency syndrome”). Esta é muito conhecida e utilizada, em todo Brasil. Sua tradução é Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

em saúde e na assistência em nível primário e secundário. O interesse na atenção à saúde do adolescente foi crescendo, ao longo desta trajetória, pois percebíamos que os jovens, assim como as áreas de Saúde Pública e Educação, têm sido historicamente negligenciadas pelas políticas públicas em nosso País.

Há oito anos, trabalhamos na Divisão de Saúde Comunitária, do Grupo Hospitalar Conceição (DSC-GHC), aonde realizamos atividades de educação em saúde com jovens de escolas públicas, de Porto Alegre, e há quatro, mais especificamente, atuamos de forma contínua, em uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, localizada na zona leste, desta cidade, que atende cerca de 412 alunos de 1^a a 8^a séries. Neste trabalho, procuramos desenvolver e abordar as temáticas solicitadas pelos estudantes de 5^a a 8^a séries.

As práticas cotidianas provocam indagações geradas nas dificuldades enfrentadas e permitem buscar e vislumbrar possibilidades de mudanças. Embora cada sujeito percorra um caminho, vamos construindo uma visão própria e nos posicionando nas diferentes situações que vivenciamos e compartilhamos com outras pessoas.

No convívio com os escolares, percebemos que os assuntos escolhidos e desenvolvidos em sala de aula e em atividades extra-classe têm sido: sexualidade, desenvolvimento corporal, gravidez, anticoncepção, drogadição, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS - e se repetem anualmente nos diferentes grupos, apontando para a necessidade de falar sobre estes temas que estão intimamente ligados a esta etapa da vida. Frente a isto, optamos por desenvolver esta dissertação nesse campo de atuação profissional.

A população estudada se situa, em sua maioria, na fase anterior à vida sexual ativa, que é definida pelas relações sexuais com penetração. No entanto, esta população está na fase de preparação para o ingresso nesta etapa da vida. Os jovens começam a se preparar para ingressar, nesta nova fase muitos anos antes, pelo desenvolvimento da identidade sexual que é, por sua vez, influenciada por suas relações com o meio socioeconômico e cultural e, em especial, pelas culturas de masculinidade e feminilidade.

Considerando que a construção da identidade sexual é um processo que sofre influências do ambiente social e cultural, de fatores biológicos, de condições psicológicas e afetivas, ao longo de nossas vivências e atividades profissionais, temos nos defrontado com diversos questionamentos e inquietações sobre a condução, deste trabalho, sobre sua eficácia, seu significado e suas contribuições ao processo de educação em saúde e de educação sexual e reprodutiva destes jovens. Existem muitas informações disponíveis sobre saúde sexual e reprodutiva, mas o fato destes jovens deterem essas informações não significa, muitas vezes, uma atitude favorável à prevenção dos riscos de contrair doenças como a AIDS.

Nesse sentido, de acordo com Lage (1996), esse grupo etário vive um período fortemente influenciado pelo exercício de representações e ensaios dos seus papéis de meninos e meninas, desafiando-nos a investigá-los para podermos pensar, de forma mais consistente e voltada para a realidade local, em programas de educação em saúde, no campo da sexualidade e da prevenção da AIDS.

Essas, entre outras reflexões, têm motivado a busca de mais informações e o entendimento das práticas, experiências e vivências dos jovens, no campo da

sexualidade, mediante o estudo e a pesquisa, com o propósito de aprofundar e consolidar o trabalho de promoção, prevenção e educação em saúde. Buscamos pela pesquisa, instrumentos que auxiliem no planejamento das estratégias educativas e que permitam um acompanhamento mais sensível e ágil, possibilitando de forma dinâmica a retroalimentação dos rumos da intervenção.

Cabe ressaltar que as bibliografias pesquisadas sobre jovens e AIDS não mostram muitos estudos sobre faixas etárias mais jovens, especialmente, entre 10 e 12 anos. O único trabalho que localizamos sobre o tema e que inclui esta faixa etária, foi o estudo de Lage (1996), com jovens franceses, “**Reactions face au Sida em CM2 ety au college**”², utilizado, neste estudo, como referência em nossas análises e considerações.

A AIDS tem-se alastrado cada vez mais no Brasil e no mundo, trazendo graves desdobramentos sociais e desde o início da epidemia o grupo etário mais atingido tem sido o de 20 a 39 anos, perfazendo um total de 71% dos casos notificados (Brasil, 1998b).

A partir de 1990, no Brasil, a epidemia da infecção pelo vírus HIV³ vem apresentando mudanças no seu perfil epidemiológico e as principais características da doença têm sido: a interiorização, a heterossexualização, a feminilização, a juvenilização e a pauperização dos doentes.

O crescimento da incidência da AIDS entre jovens vem sendo amplamente divulgado pela mídia e por diferentes analistas da situação da epidemia em nível

² A tradução desse texto “**Reactions face au Sida em CM2 ety au college**”, assim como dos demais, de língua francesa, citados, no decorrer do trabalho, foi realizada pela Prof^a Dr^a Marta Julia Marques Lopes, orientadora deste estudo.

³ Utilizamos a sigla americana HIV (“human immune deficiency vírus”), por ser muito conhecida e utilizada no Brasil. Sua tradução em português seria vírus da imunodeficiência humana (VIH).

nacional. Dados de 1996, informam que, entre os 14536 jovens contaminados, cerca de 1/3 tinham entre 15 a 17 anos, e 2/3, 18 a 19 anos. A maior causa de contaminação entre jovens do sexo masculino vem sendo o uso de drogas injetáveis (43% nos homens e 3% nas mulheres). No caso das mulheres jovens, a principal causa de contaminação vem sendo por via das relações heterossexuais (Comissão Nacional de População e Desenvolvimento -CNPd; 1998a).

Segundo Parker (1997), a AIDS expõe um conjunto de práticas sexuais construídas social e culturalmente que, muitas vezes, passavam despercebidas, e compreender a disseminação da infecção exige compreender estas práticas.

A natureza da AIDS e sua dupla dimensão - individual e social - obrigam a repensar esse conjunto de práticas sexuais, tendo como objetivo discutir mudanças nos hábitos sexuais. Utilizando as idéias de Cohn (1997), não se trata de promover uma “*nova higienização*” da sociedade, até mesmo moral, mas de enfrentar a doença, assumindo a complexidade, tendo como objetivo enfrentá-la na perspectiva da sua constituição e do exercício da cidadania ativa.

O mesmo autor refere que, enfrentar as “práticas de risco” relacionadas à contaminação pelo vírus HIV, significa invadir o universo da esfera privada dos indivíduos. Neste sentido, o autor ressalta a necessidade de se repensar o impacto restrito e os próprios limites das campanhas que são pouco educativas à medida que ditam normas de comportamento sexuais. Os indivíduos têm direito ao acesso à informação que permita a livre escolha sobre o seu próprio destino e o da sociedade e não à indução de comportamentos associados às “práticas de risco”(Ibidem).

Trabalhar com essa complexidade não tem sido uma tarefa fácil. Por exemplo, trabalhar com os jovens, especialmente do sexo feminino, a possibilidade de negociar o uso da camisinha, comportamento sexual mais seguro, e práticas semelhantes, no exercício da sua sexualidade, torna-se difícil pela própria estrutura de poder, dos valores e papéis sexuais socialmente construídos.

Um grande número de jovens refere ter informações a respeito da AIDS e as formas pelas quais podem contaminar-se com o vírus HIV, bem como sobre as condutas que podem ajudar na proteção contra a doença, mas este conjunto de informações, de alguma forma não se integra ao seu sistema de significados, não permitindo nas práticas cotidianas condutas preventivas e de proteção.

As questões citadas levam a refletir sobre a necessidade de intensificarmos e aprofundarmos o trabalho com jovens escolares, no sentido de buscarmos compreender este “hiato” que existe entre as informações recebidas, decodificadas, transformadas em conhecimento e incorporadas às práticas quotidianas no campo da sexualidade, e que podem, nos tempos da AIDS, representar risco de contaminação ou, ao contrário, favorecem a proteção destes jovens. É fundamental a busca do entendimento dos processos que contribuem na formação e organização do campo de conhecimentos cognitivos e afetivos, e que são expressos no campo das atitudes destes jovens, no exercício da sua sexualidade. As mensagens transmitidas pelas diferentes fontes de informação sobre a doença, em geral, não conseguem responder à complexidade das situações vividas, pois tendem a um discurso normativo que homogeneiza⁴ as práticas

⁴ Homogeneiza –Busca tornar as práticas dos sujeitos homogêneas, isto é, estreitamente ligadas como se fossem de mesma natureza, ou seja, a concepção de que todos devem comportar-se da mesma forma,

dos sujeitos no campo da atividade sexual, provocando, muitas vezes, um distanciamento defensivo, por atitudes de negação da realidade, que podem acabar influenciando, negativamente, no processo educativo que poderia despertar a consciência e contribuir no desenvolvimento de comportamentos de proteção e autocuidado.

Pensando na complexidade da situação do jovem brasileiro e sua vulnerabilidade à infecção pelo vírus HIV, acreditamos que um estudo desta natureza possa nos auxiliar no entendimento da construção das práticas, das experiências e das atuais vivências destes jovens no campo da sexualidade, para continuarmos investindo na criação de espaços capazes de propiciar a discussão e a troca de informações, no sentido de instrumentalizá-los para o enfrentamento consciente desta realidade biofisiológica e social.

A complexidade desse contexto cria, a nosso ver, a necessidade de uma abordagem diferente da anátomo-fisiológica e funcional que caracteriza as formas atuais de tratar esta temática. Propomos uma abordagem que leve em consideração a complexidade sociocultural e biofisiológica, os aspectos afetivos, cognitivos e conativos, partindo das questões concretas do cotidiano destes jovens, construindo coletivamente propostas para o enfrentamento destas questões.

Acreditamos que, conhecendo melhor o que os jovens escolares pensam sobre a AIDS, como a representam no dia a dia, como agem ou pensam agir ante as situações que levam ao risco da contaminação e o que influencia e/ou determina as atitudes e

seguindo os mesmos padrões e normas estabelecidas para o comportamento sexual, sem levar em consideração as questões socioculturais, cognitivas, afetivas dos sujeitos.

condutas, poderemos realizar um trabalho de promoção e educação em saúde que realmente contribua com o processo de conscientização para prevenção e a promoção da saúde entre os indivíduos e a coletividade.

Nessa perspectiva, construímos este estudo que se estrutura, a seguir, com a construção do objeto de investigação e do referencial teórico, abordando os jovens, enquanto categoria sociodemográfica e epidemiológica, e os aspectos socioculturais e epidemiológicos da AIDS, na perspectiva da Noção de Representações Sociais. Esta Noção constitui-se na base deste estudo e, ao refletirmos sobre seu conteúdo, nos propomos a combinar as abordagens estrutural e dimensional, na compreensão da relação jovens e AIDS.

Na seqüência, relatamos a trajetória metodológica da investigação, a caracterização do espaço de pesquisa e as considerações éticas. Continuando, apresentamos os resultados da pesquisa, nossas reflexões sobre a relação AIDS e educação em saúde e, por fim, uma síntese conclusiva.

Esperamos que os conhecimentos construídos, neste estudo, possam contribuir com as ações das equipes de trabalhadores das áreas de educação e saúde, em especial, das enfermeiras, que atuam nas áreas de saúde coletiva e ambulatorios, na área de saúde do escolar, bem como de todos aqueles que participam, de alguma forma, no processo de educação de jovens.

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E O REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aspectos socioculturais e epidemiológicos da AIDS

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1998b), a AIDS foi identificada, pela primeira vez, no Brasil, em 1982. Considerando o período de latência da infecção pelo HIV, podemos deduzir que a introdução do vírus, no País, deve ter ocorrido na década de 70 e sua difusão, em um primeiro momento, ocorreu entre as principais áreas metropolitanas do centro-sul, seguida de um processo de disseminação para diversas macrorregiões, na primeira metade da década de 80.

O Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS (UNAIDS) alerta que o Brasil situa-se entre os quatro países do mundo com maior número de casos notificados, entretanto, quando consideramos as incidências relativas, ele se encontra entre o 40^o e 50^o posto do ranking mundial. Desde o início da epidemia, o grupo etário mais atingido tem sido de 20 a 39 anos, perfazendo um total de 71% dos casos notificados ao Ministério da Saúde (MS), até fevereiro de 1997, observando-se, ao longo do período, um progressivo aumento da frequência relativa de pacientes mais jovens, 20 a 29 anos (Brasil, 1998b).

De acordo com Castilho e Szwarcwald (1998), quanto às grandes categorias de exposição ao risco de contaminação pelo vírus HIV, a via de transmissão sexual é predominante (53%), seguida da transmissão sangüínea (25%), embora, ao longo dos anos, esta distribuição não tenha sido homogênea. Enquanto em 1983, 78% dos casos pertenciam as categorias exposição sexuais, em 1996/1997, registra-se um decréscimo para 54%. Por outro lado, a via de transmissão parenteral tende para um aumento: 7%, em 1983, e de 23%, 1996/1997. Os dados mostram, também, que a razão de sexo não é homogênea. Em 1984, era de 23 casos do sexo masculino para 1 feminino; em 1996/1997, é de 3H:1M. Entre os homens, 23% dos casos pertencem ao grupo etário de 30 a 34 anos; as mulheres com AIDS são um pouco mais jovens.

Esses autores analisam a situação quanto à subcategoria de exposição transmissão sexual entre homo/bissexuais, a tendência é de decréscimo do número de casos em relação a um aumento da subcategoria heterossexual. Observa-se que, em 1983, de um total de 32 casos, 100% pertenciam à subcategoria de transmissão homossexual; em 1996/1997, há uma ocorrência de 56% de casos referentes à transmissão heterossexual. Quanto à transmissão parenteral, o quadro vem apresentando significativas alterações, ao longo do período. Em 1985, 77% das ocorrências eram entre hemofílicos ou pacientes transfundidos e apenas 23% de casos de usuários de drogas injetáveis (UDI). A partir de 1994, cerca de 90% dos casos notificados são pertencentes ao grupo UDI. Quanto à transmissão vertical, esta categoria teve um grande incremento. Dados de 1996/1997 apontam como 98% dos casos de AIDS, entre menores de 13 anos, decorrentes da transmissão perinatal (Ibidem).

Em relação ao panorama da AIDS, especificamente, entre os jovens brasileiros, verifica-se que entre os homens predomina a categoria de exposição UDI (associada ao hábito de compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas). Entre os jovens de 15-17 anos, 43% pertencem a esta categoria de transmissão. Nas mulheres, predomina a via de transmissão heterossexual, 34% tinham como fonte de infecção parceiros sexuais usuários de drogas injetáveis, seguida de 10% que referiram relacionamento com parceiros bissexuais. Destes fatos conclui-se que o compartilhamento de seringas ou agulhas, durante o uso de drogas parenterais, entre homens e mulheres, seguido da transmissão heterossexual do homem UDI infectado pelo HIV para sua(s) parceira(s) sexual(is) constituem a principal característica de disseminação do HIV entre os jovens brasileiros. Vale notar, contudo, que a transmissão entre homens com práticas homossexuais não deixa de ter significado nesta faixa etária, pois é de 33% no grupo de 20 a 24 anos (Castilho e Szwarcwald, 1998).

A análise da distribuição dos casos de AIDS entre os jovens brasileiros mostra que a maioria dos casos (83%) concentra-se na faixa etária de 20 a 24 anos. Um outro aspecto relevante é o da razão de sexo, que difere dos valores referentes a todas as idades, principalmente, no grupo de 15-17 anos que é pequeno, desde o começo da epidemia, e desde 1994 é de 2H:1M. Mas é no grupo de 18-19 anos que ela atinge a igualdade de 1H:1M, em 1996/1997 (Ibidem).

As mudanças no perfil epidemiológico da AIDS revelam padrões de contaminação diferenciados quanto ao sexo, a faixa etária, os níveis de agregação geográfica e as condições econômico-sociais. Estas mudanças são preocupantes, pois com a feminilização, a heterossexualização, a juvenilização, a interiorização da doença e

a pauperização dos doentes, a tendência é de que cresça ainda mais o número de jovens infectados e que entre estes as mulheres jovens e pobres sejam as mais atingidas nos próximos anos. Entre as mulheres, até o momento, a causa de contaminação mais identificada tem sido a parceria sexual com um homem HIV positivo ou usuários de drogas injetáveis e nas crianças a transmissão vertical (mãe-filho). Para os homens, a principal causa de contaminação tem sido o uso de drogas injetáveis e a multiplicidade de parceiros sexuais (Brito, 1998). O que gostaríamos de salientar, nesse momento, é que a AIDS não é uma doença de homens promíscuos, viciados e homossexuais masculinos, mas alertar que, embora a doença tenha, num primeiro momento, predominado no sexo masculino, todos somos vulneráveis a ela. Ainda que, neste momento, a vulnerabilidade das mulheres jovens e pobres é maior pelo nível de desinformação, por questões socioculturais e de gênero⁵.

As estatísticas de mortalidade por AIDS, em nosso meio, em Porto Alegre, mais precisamente, de 1984 a 1995, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), mostraram que **33%** dos óbitos estavam na faixa etária de **21 a 30** anos e 4% estavam na faixa de 13 a 20 anos (Brito, 1998). No período de 1996 a 1997, **25,5%** dos óbitos estavam na faixa etária de **20 a 29** anos e 1,8% na faixa de 15 a 19 anos (Porto Alegre, 1999). Isto nos leva a pensar que, provavelmente, as pessoas que tiveram óbito por AIDS, na faixa etária entre 20 e 30 anos, tenham contraído a doença na adolescência, pois ela é uma doença que tem um período de incubação longo, podendo

⁵ Gênero é uma noção que postula que o sexo social é o produto de uma construção permanente no interior de todas as sociedades humanas, dando forma à organização das relações sociais entre homens e mulheres. Possui uma base material que pode ser apreendida historicamente e exprime uma ruptura com as explicações biológicas das diferenças entre as práticas sociais masculinas e femininas (Scott, 1988).

durar em média 4 a 5 anos na fase assintomática, e na fase sintomática (doente de AIDS) as pessoas podem permanecer com vida, em média de 6 a 10 anos. Atualmente, com as novas terapias esta faixa de sobrevivência passa para até mais de 10 anos.

Os dados antes citados levam a inferir que se estas pessoas adquiriram a doença num período entre 6 e 10 anos, antes do óbito, a contaminação ocorreu na adolescência.

Esse panorama aponta algumas vias de investigação que poderão ajudar, no sentido de compreender melhor os aspectos socioculturais e epidemiológicos dessa doença.

2.2 AIDS e os jovens: da vulnerabilidade às condutas protetoras

De acordo com Travassos e Lebrão, a juventude “*sendo uma categoria sociológica que coincide com o final da puberdade, é uma etapa da vida associada a processos de interação social, definição de identidade e novas responsabilidades*”. É uma categoria heterogênea por causa da sua condição variável entre grupos sociais, culturas e gênero, mas “*características biológicas fundamentais dos jovens como rápido crescimento com suas conhecidas mudanças somáticas específicas para cada sexo, permitem o tratamento dessa categoria como um grupo*” (1998, p.165).

Segundo a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPd, 1998a), existem diversas definições sobre adolescência e, no Brasil, não existe um consenso firmado quanto aos limites etários que definiriam precisamente esta fase da vida. O

Ministério da Saúde define como adolescentes o subgrupo populacional na faixa etária de 10 a 19 anos. O Estatuto da Criança e do Adolescente, porém, tem como referência à faixa de 12 a 18 anos. A CNPD analisa a situação da população jovem, no Brasil, considerando os seguintes subgrupos: 10 a 14 anos (adolescentes); 15 a 19 anos (jovens adolescentes); 20 a 24 anos (jovens adultos).

Neste estudo, adotamos a denominação, **jovens escolares**, para referirmos a nossa população-alvo, que são os jovens de 10 a 16 anos, estudantes de 5^a a 8^a séries, de uma Escola Estadual de 1^o Grau. Portanto, adotaremos a base etária biológica, associada ao processo de educação formal pelo interesse sociocultural que temos, neste sentido.

A dinâmica populacional do jovem brasileiro reflete os processos de queda da fecundidade e da mortalidade que vêm ocorrendo nas últimas três décadas, modificando a estrutura etária da população. Segundo Oliveira et al, os impactos destes processos resultam em um aumento absoluto da população que vai engrossando as faixas etárias seguintes, *“fenômeno caracterizado como ‘onda jovem’, tanto pela queda da fecundidade quanto pelo decréscimo da mortalidade infantil”* (1998, p.8).

Essa população jovem, nas últimas décadas, tem sofrido forte influência da urbanização, das alterações nas estruturas familiares, da ampliação dos meios de comunicação e das mudanças, no que se refere à religiosidade com impactos importantes no terreno das representações e práticas que dizem respeito às relações entre os gêneros, à sexualidade e à reprodução (Baeninger, 1998).

De acordo com Oliveira et al (1998), a população jovem (10 a 24 anos), no Brasil, é significativa, representando 31% da população total. A maioria destes jovens vive no meio urbano (78%), em decorrência do processo de urbanização da população

brasileira, em seu conjunto. As proporções de jovens do sexo feminino, que residem nas áreas urbanas, são superiores às do sexo masculino. Quanto à composição por sexo existe um contingente mais elevado de mulheres numa relação média de 97 homens para cada 100 mulheres, sendo que as razões de sexo⁶ são maiores do que 100 nos jovens até 15 anos e decrescem a partir desta idade. Este decréscimo está associado ao aumento da mortalidade masculina por causas externas, particularmente, nos contextos urbanos metropolitanos, na faixa etária de 15 a 19 anos.

Conforme Travassos e Lebrão (1998), os problemas ocasionados pela morbidade nos jovens são muito mais sutis do que os apresentados pela mortalidade. As análises estão limitadas pela falta de dados (registros), problema comum a todas as idades, mas nos jovens isto adquire uma expressão maior, em virtude do desconhecimento das doenças e problemas de saúde que, realmente, acometem esta faixa etária. Os estudos de morbidade dos jovens estão baseados em dados hospitalares, pois não se tem outra informação, como por exemplo, registros de atendimentos ambulatoriais, portanto, os estudos estão ainda longe de indicar a realidade dos eventos e doenças que ocorrem neste grupo populacional.

Neste mesmo estudo é referido que, na América Latina e no Brasil, as causas de morbidade no grupo juvenil têm-se concentrado em três áreas importantes: acidentes, doenças ligadas ao processo reprodutivo (inclui doenças venéreas) e os transtornos mentais e psicossociais. Os principais motivos que levaram os jovens brasileiros à internação hospitalar, em 1995, foram, entre as mulheres, o parto e suas complicações,

⁶ Razões de sexo expressam o número de pessoas do sexo masculino para cada grupo de 100 mulheres em um determinado grupo populacional.

além daquelas decorrentes de aborto (79,5%) e, entre os homens, as lesões e envenenamentos e as doenças mentais (Ibidem).

Os problemas que afetam a saúde dos jovens brasileiros, mais especificamente, sua saúde reprodutiva não podem ser analisados, isoladamente, pois sofrem efeitos diretos do cenário socioeconômico, político e cultural do País. Nesta perspectiva, entendemos que os problemas de saúde dos jovens têm sido considerados de forma insuficiente nas políticas governamentais de saúde. Um exemplo da ausência de políticas de saúde tem sido a morbi-mortalidade feminina, que ocorre por problemas preveníveis como os decorrentes do parto e suas complicações. Quanto à mortalidade, em 1995, por exemplo, 13% dos óbitos de mulheres entre 15 e 19 anos e 22% dos óbitos entre 20 a 24 anos ocorreram por causas maternas. O aborto representou 16% das mortes maternas, entre 15 e 24 anos, nas regiões mais pobres do País (CNPD; 1998a).

De acordo com Camarano (1998), uma Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, em 1996, identificou que, no Brasil, 14% das mulheres de 15 a 19 anos já tinham iniciado a vida reprodutiva, seja porque haviam se tornado mães ou porque estavam grávidas do primeiro filho. Neste mesmo ano, 18% das jovens de 15 a 19 anos já haviam estado grávidas e, aproximadamente, metade das jovens de 14 a 19 anos, sem nenhuma escolaridade, já era mãe, enquanto apenas 4% daquelas que tinham entre 9 e 11 anos de escolaridade haviam engravidado alguma vez. Estes dados mostram como as jovens vêm iniciando vida sexual, precocemente, sem utilização de métodos anticoncepcionais. Também, que as jovens com menos escolaridade estão mais vulneráveis à gravidez precoce e ao risco de contaminação sexual pelo vírus HIV.

Em virtude da crescente importância das doenças ligadas a atividade sexual e reprodutiva (incluindo DSTs e AIDS) no País, principalmente, nas grandes cidades, Travassos e Lebrão (1998) esperavam encontrar, em seus estudos, uma presença maior de internações por AIDS nos registros de doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários, ainda mais quando se sabe que elas evoluem em crises, com intercorrências, levando a reinternações freqüentes. Mas, os dados encontrados foram de apenas 1.708 casos, em 1995. Aprofundando o estudo, as autoras buscaram informações complementares e encontraram mais que o dobro das internações por AIDS notificadas (3.770), que estavam dispersas em dezenas de categorias diagnósticas diferentes, expressas pelas infecções oportunistas, principalmente, nos grupos das doenças infecciosas e parasitárias, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo entre outras.

A Organização Pan-americana de Saúde (1985), alerta para o fato de que nos países das Américas, o grupo de jovens de 15 a 24 anos apresenta taxas de mortalidade, em geral, duas a três vezes maiores que naquela referente ao grupo de 10 a 14 anos. Da mesma forma, quanto ao sexo, as taxas masculinas mostram-se sempre mais elevadas que as femininas.

No Brasil, as taxas de mortalidade dos jovens mostram-se uniformes nas macro-regiões do País, com taxas mais elevadas para o sexo masculino. De acordo com Mello Jorge (1998), os acidentes e violências constituem a primeira causa de morte, dos 5 aos 39 anos, na população brasileira. As mortes de jovens por causas externas, representadas pelo conjunto de acidentes e violências, vêm crescendo e ocupando o lugar de destaque

nos estudos de mortalidade, representando, em todas as regiões brasileiras, de 60 a 80% das mortes do sexo masculino e de 20 a 50% do sexo feminino.

A mortalidade de jovens por AIDS, também vem crescendo no Brasil, sendo importante salientar que a disseminação da doença foi de tal ordem entre as mulheres que, no período de onze anos, esta razão passou de 16H: 1M para 2, 3H: 1M (Ibidem).

Na mesma linha de pensamento, podemos afirmar que é preocupante a forma como morrem nossos jovens, as mortes decorrentes de todas as formas de violência, responsáveis por 70% dos óbitos da faixa etária de 15 a 24 anos, obrigam a uma importante reflexão, não só quanto aos seus determinantes, mas, também, e, principalmente, quanto aos chamados “comportamentos geradores de risco” assumidos por estes jovens e que, geralmente, se iniciam na faixa etária precedente (Ibidem).

Jovens e vulnerabilidade

Existe uma considerável produção teórica que alerta para a indissociabilidade das dimensões sociais, culturais e psicológicas para compreensão da adolescência e suas suscetibilidades no processo de adoecer ou manter sua saúde de uma forma adequada. Inicialmente, gostaríamos de conceituar os termos **atitude** e **comportamento**, os quais utilizamos durante a descrição deste estudo. O termo atitude foi utilizado de acordo com Lima, sendo definida como

“a força das crenças relativas a um determinado objeto, pesado pela avaliação que o individuo faz dessas mesmas crenças. Assim, atitude seria função da avaliação das crenças a que determinados objetos estão associados, pesados pela importância que lhes é atribuída” (1993, p.171).

Essa autora expressa, também, que as atitudes possuem sempre um componente avaliativo, a ser dirigido a um objeto específico e que são sujeitas à transformação por meio da informação ou da experiência do indivíduo (Ibidem).

Comportamento é definido, de acordo com Ferreira, como “*um procedimento, uma conduta, um ato*” (1986, p.441). Também partilhamos da concepção de Mugny e Papastamou, que afirmam:

“... todo comportamento humano se situa no contexto de interdependência social. Todo comportamento é ao mesmo tempo resposta e estímulo, em virtude da reciprocidade que existe em toda relação, direta ou simbólica, entre atores sociais” (1986, p.507).

Suarez et al (1985), alertam para o comportamento dos jovens que está, em grande parte, condicionado pelas pressões psicológicas e sociais a que estão sujeitos, antes mesmo de entrarem nesta etapa de vida. Diz o autor, por outro lado, a brecha que se abre entre as suas aspirações e frustrações alcançadas, é capaz de gerar condutas responsáveis pela produção de mais violência, tanto autoconsumada quanto heteroconsumada. Entre estes comportamentos sobressai, como mais importante, o ligado ao consumo de álcool, drogas e outras substâncias psicoativas. Os jovens estão se iniciando, cada vez mais cedo, no uso destas substâncias, bem como estão tendo esta atitude com maior frequência. Está demonstrado que o abuso do álcool tem repercussões não somente na saúde e atitudes da pessoa que o consome, mas também em terceiros, na medida em que vários acidentes automobilísticos, provocados por condutores adolescentes, estão relacionados com a ingestão excessiva de álcool.

Travassos e Lebrão, também se referem à adolescência como um período saudável do ciclo vital, “*onde se consolidam a formação de hábitos que foram sendo adquiridos ao longo de sua socialização e possuem importância à medida que podem ampliar ou limitar as capacidades destes jovens*” (1998, p.165). Este período de intensa mudança caracteriza-se pelo alto risco a que, geralmente, estão expostos ao adotar condutas que afetam seu estado de saúde, tais como o hábito de fumar, conduzir automóveis e outros veículos em alta velocidade, consumir álcool e diversas drogas, iniciar a vida sexual, expondo-se ao risco de gestação precoce e contaminação pelo vírus HIV entre outros.

De acordo com Ayres (1996), os adolescentes podem ser considerados um segmento populacional de elevada vulnerabilidade, tendo em vista alguns aspectos desta etapa de vida e da estrutura socioeconômica, tais como: necessidade de explorar e buscar o novo: experimentar riscos; transgredir; dificuldade de escolher; indefinição de identidade; conflitos entre razão e sentimentos; percepção da temporalidade (dificuldade de administrar esperas ou adiar desejos); gregarismo, levando a suscetibilidade das pressões grupais e modas; necessidade de afirmação grupal; falta de referências; baixa estimulação intelectual e afetiva; maior exposição à violência em razão do aumento da desagregação familiar; onipotência e sensação de invulnerabilidade; sistema educacional pobre e desestimulante para individuação e capacitação social; carência e baixa qualidade dos serviços de saúde entre outros.

Nessa perspectiva, o autor aponta para a noção de vulnerabilidade como “... *uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas a diferentes suscetibilidades de indivíduos e grupos*

populacionais” adoecerem e até mesmo uma relação entre noções de saúde e doença e às suas implicações e conseqüências dentro de um determinado grupo populacional (Ibidem, p. 5).

No caso da infecção pelo vírus HIV, a noção de vulnerabilidade não pretende fazer uma distinção daqueles que têm a chance de se expor à AIDS, mas conseguir elementos para avaliar, objetivamente, as diferentes chances que qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto, formado por determinadas características individuais e sociais do seu cotidiano, julgadas relevantes para maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema. A vulnerabilidade procura *“particularizar as diferentes situações dos sujeitos (individuais ou coletivos) diante da epidemia da AIDS em três planos analíticos básicos: o individual, o programático ou institucional, o social”* (Ibidem, p.6).

Considerando a suscetibilidade à AIDS no plano individual, a vulnerabilidade é relacionada a comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se ou adoecer. Entretanto, destacamos que estes comportamentos, associados à maior vulnerabilidade, segundo Ayres:

“... não devem ser entendidos como uma decorrência imediata da ação voluntária dos indivíduos, mas estão relacionadas a condições objetivas do meio natural e social em que se dão estes comportamentos, ao grau de consciência que esses indivíduos têm sobre tais comportamentos e as condições objetivas e ao efetivo poder de transformação de comportamentos a partir dessa consciência” (1996, p.6).

Esse autor refere ainda que existem evidências acumuladas de que o indivíduo para proteger-se contra o abuso de drogas, DSTs e AIDS, necessita tornar-se sujeito ativo nos processos que influenciam e determinam sua saúde e podem levar a

comportamentos protetores. Neste sentido, não bastarão à base biológica e os aspectos transculturais da adolescência para orientar nosso trabalho. Há de se resgatar, diz o autor,

“a particularidade social e cultural que marca a identidade concreta de nossas crianças e adolescentes, aquela que os torna susceptíveis ao abuso de drogas, as DSTs e a AIDS, e que os deverá fazer mais sensíveis às efetivas possibilidades de superação dessa suscetibilidade” (Ibidem, p.5).

Em síntese, num país com a estrutura social do Brasil, onde as ações programáticas voltadas para os adolescentes são precárias ou inexistentes, na prática, podemos considerar este segmento populacional de elevada vulnerabilidade para o risco de contaminação pelo vírus HIV.

Tendo a compreensão deste quadro social é fundamental que, em nosso trabalho, possamos auxiliar, estes jovens, a tornarem-se ativamente sujeitos de sua própria saúde, assumindo comportamentos protetores e solidários.

2.3 AIDS e as Representações Sociais: em busca de um referencial compreensivo das atitudes e comportamentos dos jovens escolares.

Refletindo sobre aspectos sociais e culturais da doença e suas implicações no cotidiano, observamos que a AIDS contradiz algumas representações tradicionais recorrentes em diversas sociedades, que associavam o leite materno, o esperma, a

transfusão de sangue à vida e que, agora, passam a ser associadas à morte e a morbidade de longa duração. O caráter letal da epidemia põe em questão a percepção e a relação que estabelecemos com a morte. A AIDS também questiona a sexualidade que passa a ser percebida como janela para infecção. Comportamentos sexuais passam a ser considerados de risco, exigindo da sociedade um novo conceito sexual que pode implicar modificações nas formas de se relacionar sexualmente e/ou restrições quanto ao exercício da sexualidade de cada indivíduo, como diz Barcelos (1998).

O contexto discutido até o momento cria, a nosso ver, a necessidade de uma abordagem que leve em consideração a complexidade sociocultural e biofisiológica, partindo das questões concretas do seu cotidiano e construindo coletivamente propostas para o enfrentamento destas questões.

Buscando modelos explicativos que apontem bases analíticas, de acordo com as perspectivas deste projeto, optamos por adotar as bases conceituais da Noção de Representações Sociais (RS), advindas do campo da Psicologia Social e da Sociologia.

Segundo Abric (1997), as RS parecem úteis como base de leitura de distintas realidades, pois são como guias de condutas sociais, construídas e reforçadas pelas e para as práticas nas quais os sujeitos estão socialmente inseridos.

De acordo com esse autor, especificamente, no campo da AIDS, as RS são combinações organizadas e estruturadas de elementos cognitivos e afetivos que permitem aos indivíduos e aos grupos enfrentar as incertezas e as ameaças associadas à AIDS. Estes modos de estruturação são diversos, mas produzem conjuntos hierarquizados de elementos interligados em que é possível identificar princípios e sentidos principais atribuídos ao objeto.

Segundo Jodelet, torna-se cada vez mais necessário que um número maior de pesquisadores orientem seus trabalhos na “*busca de modelos e métodos que permitam compreender a conduta humana, em sua complexidade, apreendendo-a em suas dimensões cognitiva, afetiva, simbólica e imaginária*” (1998, p.7).

Nesta perspectiva, os estudos das RS têm buscado contribuir, enquanto conjunto teórico-metodológico, no entendimento de como os grupos se apropriam e reconstituem seu mundo subjetivo nas relações sociais. É com este entendimento que, neste estudo, será utilizada como proposta teórico analítica a Noção de Representações Sociais. Esta abordagem possibilita a compreensão do objeto de pesquisa de uma forma mais ampla, ajudando a transpor o campo da análise individual para o campo da análise social. Através das RS, podemos entender de forma abrangente como se produzem os saberes sociais em determinados grupos e como estes saberes se manifestam quotidianamente nas relações destes grupos conforme nos refere Jovchelovitch (1996).

A Noção de Representações Sociais foi desenvolvida no século passado pela Filosofia e a Sociologia, sendo adotada, mais tarde, pela Psicologia Social que entendia o psiquismo como reflexo da realidade social. A inauguração deste campo, bem como a utilização deste termo para defini-la deve-se ao psicólogo social francês Serge Moscovici que, em 1961, começava a desenvolver uma Psicossociologia do conhecimento.

As RS não são representações de pessoas, mas representações de grupos sobre um determinado objeto. Estuda-se como estes grupos utilizam a comunicação, que envolve a fala, a indumentária, o gestual, entre outros, para comunicar suas representações. As RS não têm preocupação de analisar acertos ou erros do

conhecimento, mas de entender qual é a função do conhecimento e como se dá a sua articulação nas relações cotidianas (Moscovici, 1991).

Jovchelovitch (1996) amplia a compreensão do alcance dessa Noção, em sua Conferência “Representações Sociais: avanços e tendências”, no Encontro Científico da Pós-Graduação, da Psicologia/PUC –RS, quando afirma que a Noção de RS possui três pilares básicos: a Sociologia de Emile Durkheim, a noção de construtivismo de Piaget e as teorias de Freud (dinâmicas do inconsciente).

Essa autora diz que as RS são geradas pelas mediações sociais, pois expressam o espaço do sujeito na sua relação com o mundo, buscando interpretá-lo, entendê-lo e (re)construí-lo. Neste sentido, as RS. são entendidas como:

“... uma estratégia desenvolvida por atores sociais, para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transcende cada um individualmente. Nesse sentido, elas são um espaço potencial de fabricação comum, onde cada sujeito vai além da sua própria individualidade para entrar no domínio diferente, ainda que fundamentalmente relacionado: o domínio da vida em comum, o espaço público” (Ibid,1998, p.81).

Moscovici (1991) argumenta que as RS são construídas nas contradições sociais desde as pressões cotidianas e possuem a preocupação de criar versões contemporâneas de um determinado saber, sendo sua função central “ancorar” os objetos no mundo, permitindo que eles possam dar sentido à realidade e a si próprios, dentro de um contexto social. Estes “sentidos” estabelecidos têm como função transformar o que não é familiar em algo que se possa lidar, propiciando aos sujeitos movimentar-se, neste contexto social, de forma mais ou menos tranqüila. Estes argumentos reforçam, a nosso

ver, a utilidade desta noção, neste estudo, no sentido de conhecer as RS dos jovens escolares, aproximando-nos do entendimento dos sentidos e significados que dão a esta doença.

2.3.1 As possibilidades de abordagem propiciadas pela Noção de Representações Sociais

O estudo teórico conceitual do conteúdo de uma RS vem sendo realizado mediante três tipos de abordagem: a **dimensional**, que trabalha com três dimensões: o campo da representação, a informação e a atitude; a **dinâmica**, que trabalha com dois elementos: a objetivação e a ancoragem; e a **estrutural**, que define quatro funções para uma RS: de saber; identitária, de orientação e justificadora (Camargo, 1998b). Neste estudo, utilizamos as abordagens dimensional e estrutural, no sentido de conhecer e entender como os jovens constroem, estruturam e organizam as representações sociais da AIDS.

Segundo Jodelet (1986), a RS é o produto e o processo de uma elaboração psicológica e social do real. Para a autora, a noção desenvolvida por Moscovici localiza-se num ponto de intersecção do psicológico e do social. De um lado, associa-se à maneira como nós, sujeitos sociais, apreendemos os fatos da vida diária (na forma de conhecimento espontâneo, ingênuo ou senso comum) de outro, é um conhecimento socialmente compartilhado e, antes de tudo, trata-se de um conhecimento prático.

O termo Representação Social, neste estudo, é compreendido a partir da visão original de Moscovici e das obras de vários autores, entre esses Jodelet (1986, 1989), Abric (1997, 1998) e Camargo (1998a, 1998b, 1998c). Wagner expressa sinteticamente na sua obra estas idéias quando afirma que as RS são

“... um conteúdo mental estruturado – isto é, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico- sobre um fenômeno social relevante, que toma a forma de imagens ou metáforas, e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social” (1998, p.3).

Esse autor acrescenta a idéia de que as RS são “*uma teoria sobre construção social*” e que se materializa no dinamismo cotidiano dessas relações, através do seu duplo sentido. Primeiramente, são socialmente construídas por meio de discursos públicos nos grupos que influenciam a forma como “*as pessoas pensam as coisas ‘reais e imaginárias’ do seu mundo*” e num segundo sentido, esses conhecimentos são criados pelo grupo” (Ibidem, p.11).

Nesse sentido, as RS geram-se nas mesmas circunstâncias em que elas se manifestam, ou seja, nas próprias interações e conversações cotidianas que, nos dias atuais, estão fortemente influenciadas pelos meios de comunicação social, em especial, nos jovens de 10 a 16 anos, a TV. Portanto, tais representações só fazem sentido no cenário das práticas comunicacionais em que são produzidas.

Moscovici (1978) acrescenta que a RS não é um ponto de vista que se define a priori, mas a forma concreta em que o homem de hoje se apropria de seu mundo. A RS de algum aspecto da realidade existe somente se este aspecto apresenta para os grupos um significado social no âmbito da comunicação cotidiana, isto é, um objeto somente será socialmente representado, no seio das intercomunicações diárias, quando ele detém uma valorização social para o grupo.

Para esse autor, o objeto da RS está inscrito num contexto ativo e dinâmico, em que não existe um corte entre o universo exterior e o universo do grupo que representa o

objeto. O sentido da RS encontra-se, justamente, no fluxo das intercomunicações do grupo. Elas agem na forma de estruturas significantes sociocognitivas que, a partir das dinâmicas sociais, podem ser construídas na produção do senso comum. Ele sustenta ainda que as RS são influenciadas pelas condições sociohistóricas que lhes deram origem, portanto, têm que ser explicadas a partir das condições sociais dos grupos que lhes deram origem (Ibidem).

Jodelet, afirma que o ato de representar tem cinco características fundamentais, são elas:

“É sempre a representação de um objeto; tem um caráter de imagem e a possibilidade de trocar-se a idéia pelo sensível, a percepção pelo conceito; possui um caráter construtivo; tem um caráter autônomo e criativo; leva algo social: aquelas categorias que a estruturam e expressam são tomadas de um fundo comum de cultura, e são categorias de linguagem”.(1986, p.478).

Esta autora, diz ainda que as RS possuem uma natureza estruturada e estruturante. A forma de conhecimento estruturada define-se por ser um saber prático, orientado para a compreensão do mundo no seio das comunicações sociais. De alguma maneira, é a forma que explica a natureza prescritiva da representação. A forma estruturante de conhecimento se explica a partir do fato de que toda RS emerge na forma de produções expressivas, acerca de determinados objetos socialmente valorizados. O caráter estruturante das RS, também se relaciona com as funções da representação de orientar comportamentos e incidir nas práticas sociais entre outros.

Abordagens adotadas como perspectivas teórico-metodológicas

Em seqüência, buscaremos descrever um pouco mais das abordagens dimensional e estrutural utilizadas, neste estudo.

De acordo com Camargo (1998b), a abordagem **dimensional** prioriza o conteúdo de uma representação, trabalhando com as três dimensões sob as quais se organizam as RS, são elas:

- **O campo da representação** remete à idéia de imagem, de modelo social e permite visualizar o conjunto de conhecimentos que o grupo possui a respeito do objeto e a articulação destes conhecimentos. O campo é o espaço em que as microteorias se articulam entre si, isto é, ele possibilita a articulação das informações e a manifestação das atitudes. Segundo Sá (1998), o campo da representação tem sido uma das dimensões mais estudadas, na atualidade, por diversos pesquisadores. Para o autor, o campo de representação possui uma organização subjacente de elementos, que é ordenada, estruturada e hierarquizada e que faz pensar na idéia de imagem ou modelo social. A respeito desta organização hierárquica da representação, Sá afirma, que uma das contribuições teóricas mais interessantes tem sido a teoria do núcleo central de Abric e o modelo figurativo desenvolvido por Moscovici (Ibidem).

- **A informação** como segunda dimensão da RS, refere-se à quantidade e à qualidade de conhecimentos que o grupo possui a respeito de determinado assunto social, isto é, tudo aquilo que a pessoa conhece acerca do objeto da representação (Moscovici, 1978). Neste sentido, procuramos identificar e estudar as informações que os sujeitos/grupo têm sobre o objeto de pesquisa, tanto em quantidade quanto em

qualidade, e na seqüência busca-se o entendimento da organização destes conhecimentos que o grupo possui.

- **A atitude** é no que verificamos se os indivíduos são favoráveis ou não ao objeto estudado. A atitude, quer seja favorável, quer desfavorável ou neutra, exprime a orientação geral do grupo em relação ao objeto socialmente representado, na forma mais primitiva que nas outras duas dimensões. Ela é uma concretização e uma parcialização das representações sociais mais globais, que pode ser encarada unicamente do lado da resposta, e como preparação para a ação (Moscovici, 1978).

Em síntese, acreditamos que trabalhar com essas três dimensões permite ao pesquisador desvendar diferentes aspectos que compõem o objeto da representação em estudo, por meio dos elementos e instrumentos metodológicos que oferece.

Na abordagem **estrutural**, segundo Camargo (1998b), as RS funcionam como sistema de interpretação da realidade, determinando comportamentos. Esta concepção define quatro funções para as RS: **de saber** (quadro compreensível, função cognitiva); **identitária** (situam os indivíduos no grupo); **de orientação** (são guias de comportamento e práticas sociais) e **justificadora** (justificam as atitudes e comportamentos).

Para Abric (1998), nesta abordagem, as RS são organizadas num duplo sistema: central e periférico. O núcleo central constitui o subconjunto da representação, composto por determinados elementos cuja ausência desestruturaria a representação ou faria com que ela mudasse. Ele tem como função gerar o significado da RS, determinando sua organização e possui como características: a ligação com a memória coletiva, normas e a história do grupo; consensualidade (define a homogeneidade do grupo); estável, coerente

e rígido (resiste à mudança, pouco sensível ao conteúdo imediato). Por isto, as funções do núcleo central são as de fornecer permanência e continuidade à representação social e assegurar sua estabilidade nos contextos que são mais móveis. Pela função consensual do núcleo central, ele possibilita definir a homogeneidade do grupo. O núcleo central é identificado mediante as palavras que são, primeiramente, evocadas e possuem alta frequência de evocação.

Os sistemas periféricos têm como funções concretizar o sistema do núcleo central pelas atitudes ou os comportamentos. Isto faz com que eles estejam mais influenciados pelas características imediatas do contexto social, ou seja, podem ser mais mutáveis. A funcionalidade dos sistemas periféricos está determinada pela flexibilidade que eles apresentam, ao permitir à representação ancorar-se à realidade do momento imediato. Eles suportam a heterogeneidade e as contradições do grupo, protegendo os conteúdos do sistema central e permitindo ao grupo a adaptação às realidades concretas, respeitando as diferenças de conteúdo e permitindo a integração de experiências. Ele é identificado pelas demais palavras evocadas, possui variedade maior e uma frequência menor. Representa o resultado entre as interações das experiências quotidianas dos indivíduos (Abric, 1998).

Os elementos teóricos da análise estrutural de uma RS, que apresentamos, auxiliam na compreensão do que diz Moscovici (1978) a respeito da questão de interpretação de consenso em uma RS; ele alerta que as RS não implicam unanimidade absoluta, são compartilhadas, porém, podem ser diversificadas, e que consenso não é unanimidade.

As periferias do sistema são dinâmicas e acrescentam novos elementos (informações novas) que podem desconfirmar (mudar) o núcleo central. Poderíamos

dizer que, assim como as circunstâncias do dia a dia nos afetam e nos influenciam, as periferias afetam o núcleo central e as representações em si. Mas, muda-se com mais facilidade o sistema periférico (opinião) do que a atitude que está vinculada ao núcleo central (Camargo, 1998b).

Sintetizando, as RS são saberes construídos, socialmente, compartilhados e inseparáveis da atividade simbólica do sujeito, desta forma, *“torna-se linguagem, orientando comunicações e condutas”* (Madeira; 1998, p.11). Neste sentido acreditamos que estudos norteados por esta noção podem auxiliar na compreensão dos aspectos que moldam e influenciam o agir dos sujeitos e se expressam em suas vivências subjetivas e de grupo manifestadas quotidianamente. Portanto, formulamos nossos objetivos de estudo, tentando conciliar a temática com perspectivas adequadas de leitura desta realidade social.

2.3.2 Objetivos e perspectivas do estudo

Partindo dos questionamentos resultantes do processo de reflexão, gerado pelo convívio com os jovens escolares e pela revisão da literatura, formulamos as seguintes questões: como os jovens desta faixa etária entendem e representam a AIDS no seu dia a dia? eles já iniciaram vida sexual? como têm se dado as práticas sexuais desses jovens em tempos de AIDS? estes jovens fazem prevenção do risco de contaminação sexual do vírus HIV? eles fazem uso de preservativos? como e em que situações? quais as razões que levam a correr riscos ou evitá-los? qual a relação entre o grau de informação e a atitude favorável a condutas preventivas?

Pensando nessa realidade, acreditamos ser fundamental buscar o entendimento das práticas, das experiências e das vivências desses jovens, para a criação de espaços capazes de propiciar discussão e troca de informações, no sentido de compreender suas lógicas e instrumentalizá-los para o enfrentamento consciente desta realidade biofisiológica e social. Neste sentido, os objetivos do estudo foram:

- Conhecer quais são as representações sociais da AIDS que povoam o universo dos jovens escolares, na faixa etária de 10 a 16 anos;
- Identificar o nível de conhecimento dos jovens sobre AIDS;
- Conhecer quais são as atitudes ante os riscos de contaminação pelo vírus HIV, nas situações típicas desta etapa de vida;
- Compreender como se diferenciam estas atitudes, entre estes jovens, em subdivisões etárias, de sexo e de escolaridade, e que tipo de determinações orientam-nas.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO

3.1 Caracterizando o espaço de pesquisa

3.1.1 A Unidade de Saúde Coinma: espaço em que a pesquisadora esta inserida

A Unidade Coinma é uma das 13 Unidades de Atenção Primária à Saúde, da Divisão de Saúde Comunitária, do Hospital Nossa Senhora da Conceição, que se localiza na zona leste, de Porto Alegre, e foi implantada em maio de 1994, para atender duas comunidades: o Coinma e a Vila Margarita.

A equipe de saúde é constituída por 14 profissionais: 3 médicos gerais comunitários, 4 residentes de medicina geral comunitária (dois R1 e dois R2); 1 enfermeira; 4 auxiliares de enfermagem; 1 auxiliar administrativa e 1 auxiliar de limpeza.

A Divisão de Saúde Comunitária tem como objetivo desenvolver atividades de prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde nos três níveis de atenção. Dentro desta proposta ampla de atuação do serviço de saúde, enquadram-se as atividades que a equipe desenvolve junto às instituições existentes na nossa área de abrangência⁷.

⁷ De acordo com Unglert (1995, p.223), **área de abrangência** “corresponde à área de responsabilidade de uma Unidade de Saúde. Baseia-se em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população. Deve ser constituída por conglomerado de setores censitários”.

Além dos profissionais contratados, dos médicos residentes, a Unidade serve de campo de estágio para o Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e conta com o trabalho de cinco turmas de acadêmicas de Enfermagem ao ano, duas do terceiro semestre e três do sétimo semestre.

Nesse sentido, desde 1994, a equipe de saúde vem desenvolvendo atividades de assessoria, consultoria, assistência e educação em saúde com essa Escola.

De acordo com dados da Escola, 37% dos seus estudantes residem nos bairros Coinma e Vila Margarita, que são a área de responsabilidade da nossa Unidade de Saúde.

3.1.2 A Escola e seus estudantes

A Escola Estadual, campo desta pesquisa, localiza-se na zona leste de Porto Alegre, e foi escolhida por ser espaço de atuação dos profissionais de saúde da Unidade Coinma, que desenvolvem um trabalho na área da saúde do escolar mediante avaliações das condições de saúde e de atividades de educação em saúde com os professores e alunos, tanto em nível individual quanto coletivo.

Essa Escola surgiu como anexo de uma outra Escola Estadual de 1^o e 2^o Graus, próxima ao bairro, no ano de 1982. Em razão das dificuldades estruturais e de recursos humanos, iniciou suas atividades com as quatro séries iniciais, apesar de ter autorização para funcionar até 8^a série. Em outubro, de 1982, tornou-se independente. Segundo o histórico da Escola, o início do trabalho foi muito difícil, por causa da falta de estrutura física, de material, de equipamentos e de professores. Inicialmente, um mesmo professor

era obrigado a atender mais de uma turma, ao mesmo tempo e no mesmo horário. Para melhoria da área física, foram feitos mutirões com a comunidade e os pais auxiliaram através do Circulo de Pais e Mestres (CPM). Além disto, realizavam trabalhos voluntários, como por exemplo, algumas mães auxiliavam as professoras na preparação da merenda escolar.

De acordo com a direção da Escola, ela possui como principio básico a vivência humanística, dirigindo suas ações no sentido de promover o respeito mútuo nas relações humanas; pronto atendimento em face das necessidades surgidas; reflexão e renovação constante na ação pedagógico-educativa, e seu objetivo geral é o de repassar, continuamente, a educação num trabalho dinâmico e cooperativo.

Ela funciona das 8:00h às 12:00h, com alunos de 1ª a 3ª série e das 13:30 às 18:00h com alunos de 4ª a 8ª série. Suas atividades desenvolvem-se em dois pavilhões de madeira, construídos em um terreno doado pela Associação Comunitária. No pavilhão “A”, encontramos: a sala da direção e secretaria; a cozinha e o refeitório; os banheiros masculinos, femininos e dos professores; três salas de aula e a biblioteca. No pavilhão “B”, encontramos: seis salas de aula; um laboratório de ciências e depósito de material de educação física; a sala do Serviço de Supervisão Escolar (S.S.E.) e do Serviço de Orientação Educacional (S.O.E.).

O terreno da Escola é irregular e não oferece condições para práticas desportivas que são realizadas nas praças da comunidade. Atualmente, a quadra de esportes está em processo de construção por meio de recursos do governo estadual, da própria escola e dos recursos adquiridos pela promoção de atividades comunitárias (chás, galletos e outros).

O quadro de professores é constituído por 22 profissionais que atuam, em dois turnos, com 15 turmas, de alunos entre as quais três 1^{as} séries, duas 2^{as}, 3^{as}, 4^{as}, 5^a e 6^{as} séries, uma 7^a e uma 8^a série, totalizando 432 crianças matriculadas no ano de 1999. São realizadas reuniões pedagógicas no horário das 8:00 às 10:00 horas, dentro do horário de unidocência e reuniões de Conselho de Classe com a participação dos professores e líderes de turma. Também, trabalha com o Círculo de Pais e Mestres (CPM) que possui uma diretoria constituída por presidente, vice-presidente, 1^o e 2^o tesoureiros; 1^o e 2^o secretários e um Conselho Fiscal.

Em relação à situação geográfica, a Escola está situada entre bairros da zona leste de Porto Alegre com bom nível de urbanização. A maior parte das ruas é asfaltada, existe esgoto canalizado, iluminação pública e praças. A quase totalidade das residências possui água tratada, luz elétrica e dispõem de recolhimento de lixo pelo Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DMLU). Passam pela escola diferentes linhas de transporte coletivo. Também, dispõe de um telefone público, na secretaria da escola, com número para receber chamadas.

A segurança da escola é feita pelo 11^o Batalhão de Polícia Militar, por meio do programa policial militar residente, isto é, a escola cedeu parte do seu terreno para construção de uma casa para o policial que faz a atividade de segurança durante a noite. A segurança diurna é feita por um segundo policial, de acordo com outro projeto estadual que recoloca os policiais aposentados em atividades de segurança, especificamente, dentro de escolas.

3.2 A pesquisa social como forma de aproximação da realidade: elementos para escolha do caminho metodológico

Tendo em vista que o objetivo, deste estudo, é compreender o universo de significações, atitudes, crenças e valores dos jovens, em relação à AIDS, o referencial teórico escolhido foi a Noção de Representações Sociais.

Neste estudo, do tipo exploratório-descritivo, trabalhamos com a análise quantitativa e qualitativa dos dados. Utilizamos, de acordo com Camargo (1998b), os instrumentais metodológicos fornecidos pelas abordagens dimensional e estrutural das Representações Sociais, no sentido de identificar e compreender as representações sociais dos jovens escolares sobre AIDS, suas atitudes ante os riscos de contaminação pelo vírus HIV e o tipo de determinações que as orientam.

A utilização da Noção de RS adotada, enquanto categoria analítica, foi fundamental no processo de compreensão do objeto em estudo, onde as idéias, imagens, concepções e visões de mundo que os indivíduos possuem, são inegavelmente expressas nas práticas sociais. Nesta perspectiva, utilizamos Moreira e Oliveira, que dizem que:

“os sujeitos e os grupos estabelecem relações sociais através das representações que são por eles construídas, através de mediações semióticas, sendo que o processo de representação transita nas diferentes dimensões do sujeito, ele atravessa o pensar, o falar, o sentir, o criar, o desejar e o agir” (1998, p.11).

Buscamos utilizar a metodologia da pesquisa, enquanto instrumento que traz consigo uma determinada abordagem da realidade e nos permite trilhar um determinado caminho que inclui as concepções teóricas da Noção de RS e o conjunto de técnicas

adequadas ao seu estudo, possibilitando uma aproximação e compreensão do objeto articulado com a realidade social.

Homens são “assim” e mulheres são “assado”!...

A escolha metodológica, em um projeto de pesquisa, tanto para coleta quanto para análise dos dados, é determinada pelas considerações empíricas: natureza do objeto estudado, tipo de população, limites da situação entre outras e, de forma fundamental, pelo sistema teórico que sustenta e justifica o estudo. Considerando que compõem a população, deste estudo, os alunos de 5^a a 8^a séries (145 estudantes), regularmente, matriculados em uma Escola Estadual de Ensino Fundamental de Porto Alegre, no ano de 1999, e presentes em sala de aula nos dias da coleta de dados e dos sorteios para entrevista, utilizamos os estudos de Lage (1996) para tecer algumas considerações.

De acordo com Lage (1996), entre os 10 e 12 anos, algumas crianças ainda estão completamente mergulhadas na fase de latência, que é um período em que fazem a consolidação das aquisições feitas na primeira infância e transformam interesses sexuais em curiosidades intelectuais, desta forma, a criança pega para si o conhecimento do mundo exterior com vontade de aprender e agir. O controle da realidade predomina, nesta fase, suplantando a imaginação, e as preocupações sexuais são mantidas (guardadas). Algumas crianças se tornam profundamente hostis a questões que tratam da sua sexualidade e as “pulsões⁸” são reprimidas a duras penas; outras toleram uma

⁸ Para a Psicanálise “pulsão” é uma tendência permanente, e em geral inconsciente, que dirige e incita a atividade do indivíduo (Ferreira, 1986).

avaliação racional do saber biológico, deste domínio, aceitam que expliquem as coisas voltadas para sexualidade de uma forma biológica e racional.

Na faixa etária, entre 13 e 16 anos, esse comportamento vai se modificando e os jovens passam a ter maior interesse em conversar, ler ou ver programas que abordem as questões da sexualidade, do amor, do namoro, das relações entre os sexos e da genitalidade, pois se preparam para a entrada na vida sexual ativa que é definida pelo início de relações sexuais com penetração.

Esta investigação está centrada na faixa etária dos 10 aos 16 anos, que é fortemente influenciada por esse trabalho de representação e ensaios de papéis de meninos e meninas, que nos dizem que homens são “assim” e mulheres são “assado”. Na organização dos dados coletados para análise, adotamos as subdivisões etárias de 10 a 12 anos e de 13 a 16 anos, de acordo com o trabalho de Lage, referenciado anteriormente.

A sexualidade, para essa autora, começa por uma aproximação afetiva e física entre os sexos, junto com jogos de olhares e carinhos e a escola é o lugar em que se vive “*a hora do flerte*” e aonde se misturam a “*intriga de ser adolescente*” e os principais interesses com seus amigos, confidentes e mensageiros. A perplexidade ante o desconhecido é diminuída quando os jovens trocam com seus pares, pois as comparações com os outros servem de referência para eles controlarem suas próprias transformações e ajudam na elaboração de um comportamento novo ante o outro sexo como, também, a gestão do mal estar que têm diante dos adultos, pais e professores (Ibidem).

Os nossos interlocutores, jovens escolares, situam-se no coração dessas mudanças fisiológicas da puberdade, que fazem com que eles se centrem sobre o seu próprio corpo, mas, também, se preparam para exercer uma vida sexual ativa com os papéis sociais respectivos de meninos e meninas.

Segundo Abric (1997), os trabalhos que utilizam as RS como referencial teórico-metodológico devem ter extremo cuidado na escolha dos métodos de coleta e análise dos dados. A escolha deverá ser, necessariamente, definida de forma a não ferir os dois principais componentes de uma RS, quais sejam: o conteúdo (informação e atitudes) e a organização (sua estrutura interna - o campo da representação)

Os métodos utilizados devem, portanto, ser capazes de: fazer emergir elementos constitutivos dessas RS; possibilitar que se conheça a organização destes elementos e identificar o núcleo central desta representação. Estes três objetivos implicam na busca multimetodológica que seja capaz de: fazer emergir o conteúdo da representação; permitir o estudo das relações entre os elementos, a importância relativa e a hierarquia; permitir conhecer os determinantes e controlar o núcleo central.

Neste estudo, buscamos as inter-relações entre o conteúdo e a sua organização na sua hierarquia interna, chamada de núcleo central. Centralizamos nosso interesse na identificação, conhecimento e compreensão das representações sociais da AIDS, entre os jovens escolares, no contexto em que se constroem estas representações. Neste sentido, coletamos as informações disponíveis na Secretaria da Escola, para iniciar a caracterização do nível socioeconômico dos jovens e suas famílias. Organizamos dados como: o tipo de ocupação, a escolaridade dos pais (solo cultural do indivíduo), o acesso a bens de consumo entre outras questões que auxiliarão na caracterização deste grupo.

A fase de coleta dos dados teve início, após aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão do Exame de Qualificação, do Curso de Mestrado em Enfermagem, da EEUFRGS, no dia 17 de maio de 1999. Na Escola, a proposta de trabalho do projeto havia sido discutida com a direção e com o corpo docente, desde novembro de 1998, e com os pais dos alunos, em reunião, de início do ano letivo, em março de 1999.

3.2.1 As técnicas para coleta e organização dos dados

Neste estudo, a coleta de dados é entendida como um processo de comunicação e de interação social, no qual não é possível a “neutralidade” da observação, sendo ela, portanto, substituída por um questionamento constante que envolve as condições de cada uma das situações de coleta, em seus múltiplos aspectos, pois nosso compromisso com a objetividade não anula nossas crenças e emoções que podem ser objeto e fazer parte do processo de construção do conhecimento. Mas acreditamos que tanto as qualidades quanto as limitações e distorções podem ser metodologicamente controladas, se utilizarmos as técnicas como dispositivos de obtenção destas informações.

De acordo com Abric (1997), existem dois tipos de métodos de coleta do conteúdo de uma representação que podem ser utilizados, são eles: os métodos associativos e os interrogativos. Os métodos associativos, nos estudos de RS, são utilizados para coletar a expressão verbal menos controlada, mais espontânea e autêntica, sendo que as técnicas mais empregadas são: a associação livre e a carta associativa. Os métodos interrogativos são utilizados para coletar a expressão dos indivíduos a respeito do objeto estudado (verbal / figurativa). Os métodos interrogativos mais utilizados nos estudos de RS são a entrevista, os questionários, as gravuras

indutoras, desenhos e suportes gráficos e as monografias.

Este autor ressalta a importância de se utilizar métodos complementares para coleta de conteúdos de uma RS e sugere uma abordagem plurimetodológica que possa auxiliar no sentido de controlar, recortar e aprofundar as informações recolhidas. É necessário associar técnicas que ajudem a limpar e a buscar a coerência interna da fala dos sujeitos, em especial, no caso, as entrevistas. A entrevista permite o acesso ao conteúdo e às atitudes manifestadas pelos indivíduos, mas, raramente, permite acesso direto à organização e a estrutura interna das RS (Ibidem).

Autores como Jodelet (1997), também, ressaltam a importância da abordagem plurimetodológica no estudo das RS. Quanto à entrevista semi-estruturada, sugere um trabalho que inicie no particular, seguindo em direção ao geral. Sugere iniciar com descrições anteriores do entrevistado, elementos e condutas da vida cotidiana, descrição de uma conduta ante o risco entre outros. A abordagem deste particular vai permitindo que os elementos que estruturam as opiniões e atitudes se mostrem.

Segundo Abric (1997), a entrevista é uma técnica que se traduz sempre pela produção de um discurso. É preciso pensar na sua característica de produção discursiva. O discurso traz à tona aspectos sobre a atividade de um sujeito, mas segue as regras de enunciação, o que torna sua análise complexa e, muitas vezes, muito difícil. Ela é uma fala regrada que está sujeita ao domínio das regras de linguagem e, portanto, pode trazer limites, pois permite ao sujeito racionalização, controle, obrigação de coerência e filtros. A entrevista é uma situação de interação finalizada e, dependendo das circunstâncias em que ela se dá, pode determinar uma enunciação específica, isto é, ela pode ser moldada, dependendo de para quem é feita. Ela pode expressar uma opinião ou atitude assumida.

Ainda, supõe a utilização de um método de análise de conteúdo na qual não é possível se libertar totalmente da subjetividade e do viés. Deste modo, é preciso técnicas complementares que auxiliem no desvelamento das representações. Conhecer a língua e as regras do contexto, em estudo diminui esta possibilidade do viés do pesquisador.

Neste estudo, utilizamos, como técnicas de coleta de dados, o questionário, a associação livre e a entrevista.

Considerando a complexidade do objeto em estudo, o trabalho de campo buscou articular a aplicação de questionários, teste de evocação livre, as entrevistas e a observação. A observação ocorreu enquanto função inerente do pesquisador ao longo de todas as fases da pesquisa, com anotações regulares, em diário de campo. Os aspectos enfocados através destas anotações referem-se ao dialogo informal com os jovens que nos procuravam para conversar e tirar dúvidas sobre o tema “sexualidade”. Também, a observação de ações e reações que minha permanência na Escola suscitava. Estas anotações ajudaram na compreensão das recusas para entrevista, das relações entre professores e alunos, da forma como esses temas são tratados pela comunidade escolar. Esses dados foram utilizados como suporte nas análises do solo cultural dos escolares e nas reflexões apresentadas sobre a problemática da AIDS e os processos de educação em saúde.

O estudo iniciou no processo de construção do projeto de pesquisa quando solicitamos à direção e ao Serviço de Orientação Educacional da Escola informações sobre os alunos e suas famílias, com o objetivo de contextualizar o espaço social e familiar destes jovens. As informações encontradas nas fichas dos alunos sobre suas famílias, tais como composição, renda, endereço entre outros, foram insuficientes para

uma caracterização sociodemográfica (fichas em branco ou desatualizadas, que foram preenchidas apenas no ingresso do aluno). Neste sentido, foi necessário incluir no processo de trabalho de campo um questionário que levantasse dados sobre as famílias destes alunos.

Iniciamos, em junho de 1999, um contato com os jovens e desencadeamos o processo de conhecimento deles. Neste primeiro contato, antes de aplicarmos os questionários, apresentamos a proposta de desenvolver, junto com eles, ao longo do ano, um estudo sobre “o que os jovens sabem e pensam a respeito da AIDS” e a receptividade foi boa.

O primeiro questionário foi aplicado, em julho de 1999, com perguntas fechadas e abertas (Anexo A), levantando dados sobre série, idade, sexo, se o aluno já havia recebido informações sobre AIDS, aonde e através de quem, se já haviam tido relações sexuais e em que idade. Esse questionário foi aplicado junto com a atividade de associação livre. O segundo questionário, com questões abertas e fechadas, foi aplicado em setembro de 1999, e buscava informações sócio-econômicas e familiares (Anexo B). Os questionários foram aplicados em momentos diferentes, em função do tempo gasto na atividade e porque o segundo questionário solicitava aos jovens o endereço e isso de certa forma os identificava e eles poderiam ter receio de responder sobre ter iniciado ou não vida sexual.

O primeiro questionário foi respondido pelos 145 estudantes. O segundo, por 138, pois alguns alunos não estavam presentes em sala de aula. Alguns estudantes levaram o questionário para responder em casa, junto com os pais, entregando-o, posteriormente, mas a maioria conseguiu responder as 10 questões na sala de aula.

Os dois questionários foram aplicados na sala de aula, em momentos diferentes, com a orientação da pesquisadora quanto ao seu conteúdo e dúvidas levantadas pelos alunos.

Os dados levantados através dos questionários auxiliaram na contextualização do espaço social e familiar em que vivem estes jovens, complementando os dados obtidos através da associação livre e das entrevistas.

Na atividade de coleta de dados, por meio da associação livre, utilizou-se a palavra **AIDS** como indutora das associações, buscando a identificação das representações que cada série tem da AIDS. A pesquisadora fez a seguinte pergunta: **quais são as cinco primeiras palavras que vêm a sua cabeça quando você ouve a palavra AIDS?**

A técnica de coleta de dados pela associação livre é baseada na produção verbal, uma palavra ou uma série de palavras, evocadas pelo sujeito sobre determinado objeto. Estas palavras evocadas são categorizadas e organizadas.

Neste estudo, utilizou-se como técnica de categorização e organização do seu conteúdo, listas de frequência das palavras e sua ordem de aparecimento (primeira palavra evocada - 1ª do ranking), a seguir, foi realizada a identificação do núcleo central, levando-se em consideração a frequência das evocações (frequência acima da média).

A frequência e a ordem de aparição são dois bons elementos indicadores da centralidade do elemento. Pela média de frequência de aparecimento das palavras, podemos falar do todo.

Após o trabalho de associação livre e a identificação da estrutura das representações que os jovens tinham da AIDS, foram realizadas entrevistas individuais abertas, orientadas por um instrumento guia (Anexo D), com o intuito de aprofundar o conhecimento dos sentimentos, opiniões, nível de conhecimento e atitudes ante a temática, relacionando os conteúdos aos elementos identificados pela abordagem estrutural.

Seleção dos sujeitos e receptividade quanto às entrevistas

Quanto aos critérios de seleção dos sujeitos, para entrevista, foram sorteados, em sala de aula, seis alunos de cada uma das seis turmas de 5^a a 8^a série, levando em consideração o sexo. Sorteamos três meninos e três meninas, totalizando 36 estudantes para serem entrevistados⁹. Em cada turma, sorteamos 8 sujeitos, 3 titulares e um suplente, por sexo. Os alunos foram orientados a manifestar, logo após o sorteio, se aceitavam ou não ser entrevistados. Quando o aluno sorteado dizia não querer participar, então, continuávamos o processo, sorteando outro nome. Após o sorteio, os alunos titulares receberam um termo de consentimento para levar aos pais ou responsáveis (Anexo C). Este deveria ser assinado, confirmando a autorização do jovem para participar da entrevista gravada. O termo foi devolvido à pesquisadora ou à direção da escola, que faziam o agendamento da entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas na escola, em uma sala privativa, em horário de aula. Os alunos saíam da sala de aula

⁹ Este número de sujeitos foi considerado suficiente à obtenção da saturação dos dados coletados. Foi proposto pela Comissão Examinadora, durante a defesa do projeto, baseado, em estudos franceses, com essa abordagem teórico-metodológica.

com a entrevistadora, após o consentimento dos professores que já estavam informados a respeito de todo processo.

Entre o grupo dos mais jovens, a receptividade com a entrevista foi maior e não houve nenhuma recusa por parte dos estudantes sorteados ou dos suplentes. Neste grupo, dois meninos titulares não foram entrevistados, um, não veio mais à aula e foi substituído pelo suplente e, outro, não trouxe a carta de autorização dos pais, até o prazo final, para a coleta dos dados.

Em uma turma de 5ª série, houve recusa do terceiro menino sorteado e fomos seguindo o sorteio até fechar 3 titulares e um suplente. O terceiro titular, alguns dias depois, devolveu, muito chateado, a carta de consentimento informado em branco, dizendo que a mãe não permitiu sua participação na pesquisa, alegando que ele era muito novo para falar destas coisas. O suplente recebeu um termo de consentimento e participou da pesquisa. As meninas foram muito receptivas e não houve recusas, várias me procuraram, durante o processo de entrevista ou no horário de recreio, dizendo estarem disponíveis e, aproveitavam o momento, para fazer perguntas sobre questões vinculadas à sexualidade.

Na 6ª série, com alunos mais jovens, os três primeiros meninos disseram não ao convite e nenhuma menina apresentou recusa. Continuamos o processo de sorteio apenas entre os meninos, sendo que os seguintes aceitaram o convite e participaram das entrevistas.

Na outra 6ª série, houve recusa de quatro sorteados, dois de cada sexo. A diretora que estava na sala, neste dia, fez uma intervenção, dizendo que: “se não tem ninguém que se interesse pelo tema não adiantaria ficar sorteando”, e perguntou se havia lá,

alunos que aceitariam o convite. Alguns alunos manifestaram interesse e solicitaram o critério de voluntariado. A seguir, intervimos, perguntando se existiam dúvidas sobre o que estava sendo feito e os motivos da entrevista. Como não havia dúvidas e havia pessoas que se dispunham a participar, sugeri que se prosseguisse o sorteio, oportunizando que, igualmente, todos os interessados pudessem ser sorteados. Finalizou com os próximos sorteados aceitando o convite. Ao retornar neste grupo para recolher os termos de consentimento, assinados pelos pais, duas meninas pediram para falar, em particular, e recusaram a entrevista. Uma delas informou que a mãe não permitiu a entrevista e a outra informou que falar destas coisas era uma situação muito constrangedora e tinha muita vergonha. Esta última é inibida e tem relações profissionais conosco, no posto de saúde, este motivo deve ter influenciado em sua decisão. A suplente assumiu uma vaga e sorteamos um novo nome entre as meninas.

No grupo da 7ª série, duas meninas se recusaram a dar entrevista e três meninos, também, seqüencialmente, todos baixavam os olhos para dizer não. A professora perguntou se havia interessados, e quatro meninos levantaram a mão e as meninas só sorriam e se cutucavam. A seguir, a professora perguntou quem não aceitaria, em hipótese alguma, participar. Dois alunos levantaram a mão, de cabeça baixa: Após excluir estes dois sujeitos, continuamos o sorteio. Uma menina, desta turma, foi substituída pela suplente, pois me procurou, dizendo que não poderia aceitar a entrevista. Aceitaria, somente, se eu fizesse a entrevista sem o termo de consentimento dos pais, porque se pedisse para a mãe assinar, ela ficaria pressionando para saber o que nós teríamos conversado.

No grupo dos mais velhos, a turma da 8ª série, também houve recusa dos meninos, que são em número de cinco, em toda turma. Os três primeiros não aceitaram, ficando apenas duas opções. Um dos meninos, que havia sido sorteado e que possui liderança na turma, voltou atrás da posição inicial e disse que, tudo bem, ele iria contribuir, então, o outro menino também aceitou a entrevista. Quando retornei à sala para buscar as cartas de consentimento, o terceiro menino me pediu uma carta e disse que também iria participar. Nesta turma, não escolhemos suplente do sexo masculino. Quanto às meninas, não houve recusa no processo de sorteio, mas, uma delas procurou-nos, desistindo da entrevista, dizendo que se sentia muito inibida e passou o termo de consentimento para a suplente.

Entre os jovens sorteados para entrevista tivemos 18 recusas, 11 meninos e 7 meninas. No decorrer do trabalho de campo, questionávamo-nos sobre os motivos dessas recusas e decidimos nos aproximar desses jovens nos momentos em que circulávamos pelo recreio e/ou participávamos de atividades da escola, para sondar os motivos sem constrangê-los ou intimidá-los. Destas conversas informais registradas em diário de campo levantamos informações que nos esclarecem os motivos da não participação.

Na faixa etária de 10 a 12 anos, recusaram a entrevista 6 meninos e 2 meninas. Entre os meninos, dois a recusaram porque as mães não permitiram que participassem, alegando que eles eram muito jovens para falar desse tema e quatro referiram não ter interesse no tema, não vendo sentido em conversar sobre ‘essas coisas’. As duas meninas, que se recusaram a dar entrevista, referiram ser tímidas e terem vergonha de conversar, principalmente, por não saberem muito sobre o tema.

Na faixa etária de 13 a 16 anos recusaram a entrevista 5 meninos e 5 meninas. Entre os meninos, três referiram ser tímidos e terem vergonha de falar comigo, especialmente, numa situação em que esta fala seria gravada, e dois referiram não ter interesse pelo tema. Entre as meninas, uma, a mãe não permitiu, outra, a família tinha vínculo muito próximo com o posto de saúde e ela se sentia constrangida, a terceira referiu ser muito tímida e não saber falar sobre o tema. As duas últimas informaram já ter iniciado vida sexual e tinham medo de se expor, de alguma forma, pelas entrevistas.

Foram realizadas 35 entrevistas, no período de 27 de outubro a 24 de novembro de 1999.

3.2.2- Tratamento dos dados: ordenação, classificação e análise final

Após a fase de coleta, os dados quantificáveis dos dois questionários, foram codificados e tabulados. O primeiro questionário foi tratado, manualmente, construindo-se tabelas com os dados quantitativos. O segundo questionário foi digitado a partir de um banco de dados criado no Software Epi Info.

Quanto aos dados coletados pela técnica de evocação livre de palavras, utilizou-se a análise freqüencial, proposta por Vergès (1991-1992). Para efetuar a análise freqüencial, é necessário que exista um número mínimo de palavras que possa se repetir mais de 1 vez. Este critério foi viável, pois o número de sujeitos pesquisados, neste método, foi de 145. As evocações foram digitadas no programa EVOC de Vergés, o qual não aceita para análise menos de 30 sujeitos. Em algumas situações, foi necessário recortar a população para análises específicas como, por exemplo, por turma ou por turma e sexo, em que ficamos com menos de 30 sujeitos. Nestes casos, o tratamento dos

dados foi manual. Todos os quadros com a apresentação das evocações que formam o núcleo central das representações e suas respectivas periferias foram manualmente construídos. Nestes quadros apresentamos ao lado das palavras os valores da ordem média de evocação e da frequência de evocação que obtiveram.

As entrevistas gravadas foram ouvidas, transcritas literalmente e digitadas pela pesquisadora e uma auxiliar contratada para este fim. Após, procedeu-se a uma releitura das entrevistas, para impregnação dos conteúdos a serem analisados, para limpar o texto e prepará-lo para separação dos temas (unidade de significação). O material foi submetido a um processo inicial de codificação, por letras e número para cada um dos sujeitos entrevistados. A ordenação e separação das estruturas de relevância, assim como seu re-agrupamento em categorias, foram realizadas manualmente.

Iniciamos o processo de análise temática¹⁰ com algumas categorias definidas a priori com base na literatura, no referencial teórico e no instrumento guia de entrevista. Buscamos analisar os conteúdos das entrevistas, separando os temas como um recorte do conjunto mais abrangente do conteúdo. A seguir, realizamos a descrição dos temas, agrupados em cada uma destas categorias, identificando as principais idéias que foram expressas, no sentido de produzir um primeiro texto descritivo, sintetizando o conteúdo da respectiva categoria. Aprofundando a exploração dos significados dos depoimentos, à luz da literatura, estas categorias foram re-agrupadas em novos conjuntos de categorias.

¹⁰ Utilizamos CORTES (1998), como embasamento teórico metodológico para a realização desta análise. Conforme a autora, “a noção de tema está ligada à mensagem que se refere a determinado assunto. O tema é a unidade ou significação que depreende de um texto analisado de acordo com critérios relativos à teoria que serve de guia de leitura” (p.33).

Ao esboçarmos concepções acerca do pensamento dos jovens sobre AIDS, buscamos definir um sistema articulado dos discursos, na composição das categorias, conformando os pensamentos, idéias, crenças, conhecimentos e atitudes subjacentes aos depoimentos analisados. O conjunto dos sistemas de significação desvendam os contornos das Representações Sociais construídas pelos sujeitos entrevistados.

A perspectiva analítica compreendeu os processos de: descrição dos dados dos questionários, a partir de tabelas de frequência simples; classificação das palavras da associação livre com quantificações destas associações e dinâmicas de construção e organização das associações; análise temática das formulações expressas nas entrevistas. Os dados dos questionários e da associação livre foram confrontados com as entrevistas, num movimento concomitante e complementar, de modo que a análise permitisse a interpretação do conteúdo discursivo mais complexo da fala dos jovens.

Na análise final, buscou-se articular o material empírico e o referencial teórico, num movimento interpretativo e de abstração, visando ultrapassar a simples descrição dos dados, tentando estabelecer relações que possibilitem novas explicações, para construir uma nova aproximação do objeto.

3.2.3 Considerações Éticas

A preocupação com os princípios éticos esteve presente, durante todo desenvolvimento do trabalho, procurando resguardar os direitos dos indivíduos e grupos envolvidos, levando em consideração os aspectos éticos para pesquisa em enfermagem, expressos por Polit e Hunglert (1995). Após a autorização institucional e dos pais dos alunos de 5ª a 8ª série, em cada uma das três etapas de coleta de dados, os jovens foram

esclarecidos sobre os objetivos do estudo, orientados sobre os procedimentos para coleta de dados, no que foi garantidos o anonimato, a privacidade, o caráter sigiloso das informações e o direito de não participar da atividade proposta.

Nas duas primeiras etapas de coleta de dados, os questionários e a associação livre, não foi utilizado um termo de consentimento pós-informado, por escrito. As combinações foram verbais, na presença de um professor ou responsável pela turma, naquele horário de aula, pois o consentimento dos pais para o trabalho, em sala de aula, havia sido dado em uma reunião, no início do ano.

Na terceira etapa, a entrevista, utilizamos um termo de consentimento pós-informado (Anexo C) com a explicação da finalidade a que se destinava e os procedimentos que seriam utilizados para a coleta de dados, assegurando que o indivíduo receberia esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas acerca do estudo, tendo liberdade de recusar-se a dar informações. Este termo era assinado pelos pais dos escolares e devolvido à pesquisadora..

O trabalho de campo foi encerrado no dia 25 de novembro e, no dia 1º de dezembro, “Dia mundial de luta contra AIDS”, promovemos uma atividade de sensibilização dos estudantes a respeito deste tema. A atividade foi desenvolvida junto com a equipe do posto de saúde e as acadêmicas de enfermagem, da Escola de Enfermagem, da UFRGS. Este tipo de atividade tem por objetivo corrigir informações, esclarecer dúvidas, abrir espaço para a livre manifestação e a troca de opiniões sobre o tema tratado pela pesquisa.

4 O SOLO SOCIOCULTURAL DOS ESCOLARES ESTUDADOS

4.1 Aspectos sociodemográficos

Segundo levantamento, realizado pelo Serviço de Orientação Educacional, no início de 1998, os 412 alunos matriculados na escola eram provenientes dos seguintes bairros da zona leste, de Porto Alegre: Alto Petrópolis 31% (128 alunos); Vila Margarita 26% (107 alunos); Vila Brasília 15% (62); Coinma 11,1% (46); Jardim Sabará 8% (32); Jardim Carvalho 3,1% (13); Morro Santana 2,4% (10); outros bairros 3,4% (14).

Realizamos, em dezembro de 1998, a análise de 168 fichas dos alunos de 5ª a 8ª série, mas com os dados encontrados não foi possível fazer uma caracterização socioeconômica deste grupo. O registro de dados, tais como, renda familiar não foi encontrado, na maioria das fichas (83,3%= 140 fichas). Encontramos o registro em 28 fichas (16,6%) e, em apenas 3%, ele estava atualizado. Quanto ao número de pessoas que compõem a família encontramos o registro deste dado em 84,5% das fichas (142) e a média do número de pessoas, por residência, foi de 4,5. Em 5,5% das fichas não havia registro sobre a composição da família.

Quanto à profissão dos pais, também, encontramos poucos registros. A profissão das mães foi mais registrada e esse dado estava em 50% das fichas. A profissão dos pais

estava registrada em apenas 38,7% das fichas. Segundo a coordenadora do S.O.E., isto ocorre, principalmente, porque o número de crianças que vivem apenas com a mãe é alto (pais separados), mas não há registro deste dado na escola. Esta é uma constatação feita na entrevista de matrícula, mas sem registro específico.

Em 1999, foram matriculados, nas séries de 5^a a 8^a, 209 jovens, destes 41 solicitaram transferência, ainda no início do ano. Frequentaram a escola durante o período letivo, em torno de 168 estudantes, destes 147¹¹ estavam em sala de aula quando aplicamos o primeiro questionário (ver Anexo A).

TABELA 1- Faixa Etária e Sexo dos jovens escolares de 5^a a 8^a série, de uma Escola Estadual, Porto Alegre, 1999.

IDADE/ANOS	SEXO		NUMERO	%
	FEMININO	MASCULINO		
10	4	2	6	4,1
11	18	9	27	18,6
12	8	14	22	15,2
13	19	16	35	24,2
14	12	15	27	18,6
15	10	7	17	11,7
16	6	5	11	7,6
TOTAL	77	68	145	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Ferreira, Sandra R..S. Coleta de dados em sala de aula por questionário. Porto Alegre, julho de 1999.

¹¹ Dos 147 alunos dois (02) foram excluídos da amostra em decorrência da faixa etária em que se encontravam, um com 17 e outro com 18 anos, tendo em vista que este estudo enfoca estudantes até 16 anos.

Quanto à idade e o sexo desses escolares, verificamos que a maioria dos estudantes é do sexo feminino (53%) e que 62% está na faixa etária entre 13 e 16 anos e 38% entre 10 e 12 anos, conforme mostra a Tabela 1.

Buscando aprofundar a caracterização sociodemográfica, foi aplicado um segundo questionário (Anexo B), em sala de aula, investigando dados socioeconômicos e a composição familiar. Estavam em sala de aula, durante a aplicação do instrumento, 145 estudantes, no período de 02/06 a 02/07/99, a maioria dos jovens responderam às questões na sala, sob orientação da pesquisadora. No entanto, 15 alunos não sabiam responder sobre suas famílias e levaram o questionário para responder em casa, com ajuda dos pais, destes, 07 questionários (4,8%) não foram devolvidos.

Quanto ao local de residência, verificamos que 92% dos escolares vivem em bairros próximos à escola. A maioria dos escolares, 31,2% (43), residem no bairro Alto Petrópolis, sendo que 15% destes residem, especificamente, no Conjunto Residencial Protásio Alves, que é formado por vários prédios de 12 andares, que ficam entre 2 a 4 quadras da escola. Moram na área de abrangência da Unidade Coinma (Vila Margarita e Coinma) 29,7% dos escolares. Os demais, 39%, residem nos bairros: Jardim Itu/Sabará (14,5%), Jardim Carvalho (11,6%) e outros bairros (13%).

Observamos que os bairros, na sua maioria, possuem boas condições de infraestrutura urbana, água encanada, rede elétrica, iluminação pública, ruas asfaltadas e rede de esgoto cloacal. Estes bairros são locais aonde residem, na grande maioria, populações com médio e baixo poder aquisitivo.

Quanto ao tipo de residência destes bairros, com exceção do Conjunto Residencial Protásio Alves, que é formado por um conjunto de prédios, as demais

residências são casas de alvenaria, madeira ou mistas. A maioria das famílias reside em casa própria (70,3%).

Quanto à composição da estrutura familiar, verificamos que 50% dos jovens vivem em famílias cujos pais estão separados, confirmando a impressão da coordenadora do SOE e professoras, relatadas, inicialmente. No momento da aplicação do questionário, em sala de aula, vários alunos chamavam a pesquisadora para informar sua dificuldade em informar sobre os pais, por não conviverem com eles e preferiram não levar o questionário para responder em casa. Eles foram orientados a escrever estas informações no questionário, justificando, em todas as situações, os motivos pelos quais não tinham respostas. Dos 138 estudantes 5 (3,6%) informam que o pai faleceu, 2 (1,4%) não conhecem o pai e 11 (8%) não convivem com o pai. Em relação às mães 0,7% têm a mãe falecida e 1,4% não convive com a mãe.

Quanto ao número de pessoas que residem no domicílio, a maioria das famílias é constituída por três (26,8%) ou quatro (26,8%) pessoas, seguidas por famílias, um pouco mais numerosas, com cinco (18,1%) e com seis (10,1%) pessoas. A média de pessoas, por domicílio, encontrada nas 138 famílias foi de 4,6.

Quanto ao número de irmãos, 29,7% dos jovens informam ter apenas um, 21,7%, dois e 16%, três. Os demais 23,8% dos jovens possuem entre quatro e nove irmãos. Apenas 8,7% dos jovens são filhos únicos.

Quanto à situação socioeconômica das famílias, optamos por não levantar renda familiar, porque os dados seriam muito imprecisos, pois os jovens não sabem informar qual é o salário dos pais e estes, por sua vez, não gostam de informar estes valores na escola, usando subterfúgios quando o assunto é perguntado nos períodos de matrícula.

Neste sentido, utilizamos como indicadores das condições socioeconômicas o acesso a alguns bens e equipamentos os quais as famílias dispõem, no sentido de ter uma vida mais confortável, assim como a atividade profissional (ocupação) dos pais.

Quanto aos equipamentos domésticos, 100% das famílias possuem fogão, geladeira, televisão e rádio, em casa; 76% possuem máquina de lavar roupas e 37,7% possuem forno de microondas. Quanto aos bens, 69% possuem telefone e 37,7% possuem carro.

Quanto ao acesso a serviços de saúde, 29% das famílias possuem um convênio com o setor privado de saúde e 71% não possuem. Destes que não possuem convênio, 20% é assistido na rede do SUS por uma Unidade próxima à residência e 51% não possuem um local de referência para ser assistido, procurando os serviços de emergência quando surgem as necessidades.

TABELA 2- Faixas etárias dos pais dos escolares de 5ª à 8ª série de uma Escola Estadual. Porto Alegre, 1999.

FAIXAS ETÁRIAS	MÃE	%	PAI	%	NÚMERO	%
26-30	12	8,7	8	5,8	20	7,2
31-40	75	54,4	45	32,6	120	43,6
41-50	41	29,7	48	34,8	89	32,2
51-60	5	3,6	13	9,4	18	6,5
60 ou +	5	3,6	3	2,2	8	2,9
IGNORADA	--	--	21*	15,2	21	7,6
TOTAL	138	100	138	100	276	100

Fonte: Pesquisa direta, Ferreira, Sandra R..S.. Coleta de dados em sala de aula por questionário. Porto Alegre, julho de 1999.

Nota*: Dos 21, 18 não tem relação com os filhos pelos motivos já citados anteriormente e 3 tiveram óbito.

Quanto aos pais dos escolares, verificamos que a maioria está na faixa etária entre 31 e 40 anos (43,6% - adultos jovens). Na análise, por sexo, observamos que as mulheres são um pouco mais jovens, predominando a faixa etária dos 31 aos 40 anos (54,4%), entre os homens predomina a faixa etária dos 41 aos 50 anos (34,8%).

Quanto à inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, os escolares referem que 73,6% dos pais possuem uma atividade remunerada e que 18,8% estão fora da população economicamente ativa. Entre os que não possuem atividade remunerada, 78% (41) são mulheres e 22% (11) são homens.

Entre os pais, 79% (109) possuem atividade remunerada, sendo que 6% exercem sua atividade de trabalho em casa. Quanto à sua ocupação, 35,5% são trabalhadores manuais semi-especializados, 20,3% são trabalhadores manuais não qualificados, 8% ocupam funções de escritório, 6% são trabalhadores manuais especializados, 7,2% são profissionais com nível superior e 1,4% são administradores, gerentes ou diretores. Alguns estudantes (13%) não sabem informações sobre os pais por não conhecê-los ou não ter nenhum contato com eles.

Entre as mães 68% (94) possuem atividade remunerada, sendo que 6,5% exercem sua atividade profissional em casa. Quanto à ocupação, 34% são trabalhadoras manuais não qualificadas, 13% são trabalhadoras manuais semi-especializadas, 11% desempenham funções de escritório e 7,2% são profissionais de nível superior e apenas 1,4% são trabalhadoras manuais especializadas.

Quanto ao tipo de ocupação, as mulheres realizam funções menos qualificadas que os homens. Observamos que, no conjunto, 27,5% dos pais realizam um trabalho manual especializado ou semi-especializado, mas deste grupo 74% são homens e apenas

26% são mulheres. Verificamos que, no conjunto, 27,2% dos pais realizam trabalho manual não qualificado e que, destes, a maioria, 63% são mulheres.

Observamos que o tipo de ocupação feminina mais encontrada é a de trabalhadora manual sem especialização (doméstica/faxineira, cozinheira/copeira), seguida de trabalhadoras do comércio e com função de escritório.

Observamos que o tipo de ocupação masculina mais encontrada é a de trabalhadores manuais semi-especializados (pedreiros, carpinteiros, mecânico, pintor, eletricista), seguida de trabalhadores do comércio e com função de escritório.

Quanto à escolaridade, 41% dos pais não completaram o primeiro grau, sendo que destes 26,8% completou, no mínimo, a 5ª série, completaram o primeiro grau 20,3%, possuem o segundo grau completo 16,3% e o nível superior 9,8%. As mães também possuem um nível de escolaridade menor que os pais, sendo que 46,4% delas não completaram o 1º Grau, enquanto 35,6% deles não concluíram os 8 anos de estudo. Também, um número maior de pais completou o 2º Grau (26), enquanto 19 mães concluíram este nível de ensino. Quanto ao terceiro grau, não ocorrem diferenças entre os 2 sexos.

TABELA 3: Hábitos dos pais dos escolares de 5ª a 8ª séries. Porto Alegre, 1999.

Meus pais têm hábito de*	SIM	%	NÃO	%	Total
Ler jornais	96	69,6	42	30,4	138
Ler revistas	63	45,7	75	54,3	138
Ler livros	68	49,3	70	50,7	138
Assistir TV	135	97,8	03	2,2	138
Ir ao cinema	29	21,0	109	79,0	138

Fonte: Pesquisa direta, Ferreira, Sandra R..S.. Coleta de dados em sala de aula por questionário. Porto Alegre, setembro de 1999.

Nota: *O estudante foi questionado se já observara o Pai ou a mãe, qualquer um deles, aquele que convive em casa com o estudante, realizando as atividades.

Quanto aos hábitos de leitura e lazer dos pais, os jovens informaram que 69,6% dos pais lêem jornais, 49,3% lêem livros e 45,7% lêem revistas. Assistem TV 97,8% e costumam ir ao cinema 21% (Tabela 3).

A maioria dos estudantes de 5^a à 8^a série são provenientes de bairros em que residem famílias sustentadas por trabalhadores assalariados com nível médio de formação. A renda familiar não pode ser expressa, mas considerando os componentes escolaridade e ocupação profissional, os quais definem as condições socioeconômicas, eles indicam um padrão de renda médio e baixo.

Por esse conjunto de dados sobre as famílias dos jovens, podemos inferir que em sua maioria, são oriundos de famílias de classe média e classe popular, trabalhadores manuais semi-especializados e não qualificados, com acesso as condições básicas de habitação, ensino, mas com algumas limitações quanto ao acesso da família ao consumo de bens e serviços, bem como atividades culturais e de lazer fora do domicílio.

4.2 Informações sobre AIDS

No instrumento aplicado em sala de aula, foi perguntado aos escolares se já haviam recebido alguma informação sobre AIDS e, em caso afirmativo, aonde haviam recebido a informação e quem havia informado. A maioria dos jovens (93,8%) responderam que já haviam recebido alguma informação sobre AIDS. A Tabela 4 apresenta estes dados.

TABELA 4- Informações sobre AIDS entre jovens escolares de 5^a à 8^a série, de uma Escola Estadual, Porto Alegre, 1999.

Você já recebeu alguma informação sobre AIDS?	Número	%
SIM	136	93,8
NÃO	9	6,2
TOTAL	145	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Ferreira, Sandra R..S.. Coleta de dados em sala de aula por questionário. Porto Alegre, julho de 1999.

Na Tabela 5, podemos observar os locais onde os jovens referem ter recebido informações.

TABELA 5- Fontes de informação sobre AIDS entre jovens escolares de 5^a à 8^a série, de uma Escola Estadual, Porto Alegre, 1999.

LOCAIS	Nº de respostas	% de jovens
Na escola	78	53,8
Em casa	44	30,4
TV	20	13,8
Posto de Saúde	9	6,2
Casa de amigos/ parentes	7	4,8
Na rua	4	2,8
Revistas/livros	2	1,4
Cartazes	2	1,4
Farmácia	1	0,7
TOTAL	167*	

Fonte: Ibidem

Nota: *O número total de locais indicados é maior que o número de jovens respondentes (145), pois vários indicaram mais de um local como fonte de informação. O percentual foi calculado considerando o número de jovens (145) e não o número de respostas. Média de 1,2 respostas por estudante.

Os jovens referiram ter recebido informações sobre AIDS, em primeiro lugar na escola (53,8%), em segundo lugar, em casa (30,4%); seguidos pela TV (13,8%) e pelo posto de saúde (6,2%).

Quanto aos informantes, podemos verificar na Tabela 6, que a maioria (49%) referiu ter recebido informações sobre AIDS de profissionais da saúde (Enfermeira (30%), Auxiliar de Enfermagem (11%); Médico (8%)). A Enfermeira foi a profissional que se sobressaiu nas respostas dos informantes, destacando-se o papel que esta profissional vem desempenhando no campo da educação em saúde, em especial, nas atividades de promoção da saúde e prevenção dos problemas ligados a essa temática. Nesse sentido, nos perguntamos se os profissionais da saúde não possuem um papel fundamental nesse campo e se não deveriam ocupar com mais frequência este espaço para desenvolverem ações de prevenção e promoção da saúde?

Em segundo lugar, os jovens referiram como informantes as famílias (31%). Em terceiro lugar, os professores e jornalistas, ambos com 11,7%, em quarto lugar, aparece a resposta “palestrante”, sem uma definição mais clara e com um percentual de 10,4%.

Os professores são citados num percentual pequeno, pois eles permanecem pelo menos um turno do dia com os estudantes, durante todo o ano. O governo Brasileiro, em especial o Ministério da Saúde, tem concentrado sua política de prevenção da AIDS nos multiplicadores de educação em saúde, muitos deles professores. Afinal, o que acontece aí, que essas atividades não são desencadeadas em nível local? O que de fato eles conseguem multiplicar? Será que os treinamentos de professores como multiplicadores são realmente capazes de dar conta dessa problemática? Seriam realmente eles as

pessoas mais apropriadas para falar a respeito de sexualidade à medida que representam a norma institucional?

TABELA 6- Os informantes dos jovens escolares de 5^a à 8^a série, sobre AIDS: quem são? Escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, 1999.

Informantes	Nº respostas	% de jovens
Profissionais da saúde (Enfermeira/aux.enferm/médico)	71	49,0
Família (mãe/ pai/ irmãos)	45	31,0
Jornalistas	17	11,7
Professor	17	11,7
palestrante	15	10,4
Parentes (tia/ madrinha/ avó)	8	5,5
Amigos	7	4,8
Uma pessoa	2	1,4
Total	182**	**

Fonte: Ibidem

Nota: **O número total de respostas identificando os informantes é maior que o número de jovens respondentes (145), pois vários indicaram mais de uma fonte de informação e mais de um informante. O percentual foi calculado considerando o número de jovens e não o número de respostas. Média de 1,2 respostas por estudante.

Apesar das limitações, a escola tem sido o espaço de referência para informações e troca de experiências relativas à sexualidade entre os jovens, conforme podemos observar, ao longo do trabalho. De acordo com a CNPD (1998a) em 1994, os jovens responderam, em pesquisa de opinião pública, ao Instituto Datafolha, quais os locais preferidos como fontes de informação e discussão de questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (filhos, aborto, HIV-AIDS, entre outros) e a maioria citaram: família 55%; televisão 52%; escola 50%.

A Escola na qual trabalhamos, também, tem sido o espaço onde a maioria dos jovens de 5ª à 8ª série, referem ter recebido informações sobre AIDS (53,8%), seguido do espaço familiar, “em casa”, com 30,4% dos jovens. Este dado fortalece a escola como um local privilegiado para consolidarmos um espaço de informação e reflexão.

5 PENSAR E VIVER A AIDS: EXPERIÊNCIAS PARTILHADAS

O presente trabalho se situa no conjunto daqueles que se caracterizam pela busca de novas perspectivas teórico-metodológicas na compreensão dos problemas de saúde e educação em saúde, na medida em que o processo de construção do conhecimento, no qual se fundam, não pressupõe a aplicação mecânica de uma dada teoria e/ou de determinado paradigma como forma única de abordagem de dado objeto. Buscamos uma aproximação do sistema de valores e significados dos sujeitos e procuramos desvelar os elementos da trama simbólica subjacente que está presente nas suas atitudes e práticas.

Inicialmente, buscamos captar mediante abordagem estrutural, das Representações Sociais, o sistema de interpretação da realidade destes jovens sobre AIDS, no sentido de identificar e compreender suas atitudes.

Neste item, apresentamos, os dados coletados por meio da associação de palavras que, de acordo com Tura (1998), evocam espontaneamente imagens e elementos simbólicos, partilhados pelo grupo social, mostrando-se útil nos estudos de estereótipos, percepções e atitudes, que são elementos importantes na organização das Representações Sociais.

Nesta investigação do conteúdo das representações, iniciamos com o teste de associação livre utilizando a seguinte frase indutora: **Quais são as cinco primeiras palavras que vêm a sua cabeça quando você ouve falar em AIDS?**

Os resultados iniciais mostram que os 145 sujeitos, ao realizarem a tarefa solicitada, elaboraram 707 evocações, com 138 palavras ou expressões diferentes, correspondendo à média de 4,8 por estudante.

Os 10 primeiros termos mais empregados correspondem a 59% do total associado, são eles: **doença (92), morte (90), sexo (77), camisinha (48), vírus HIV (27), tristeza (25), medo (20), dor (13), sem-cura (13), drogas (12).**

As palavras não foram categorizadas, mas apenas organizadas num banco de dados, do Programa EVOC, de autoria de Pierre Vergès. Tendo em vista o grande número de palavras diferentes buscamos obter maior consistência dos resultados na construção dos quadrantes, com a identificação do núcleo central e sistemas periféricos, desprezando as palavras com frequência de evocação igual ou inferior a dois. Tivemos o cuidado de manter sempre o número total de evocações maior que 75% da amostra (no caso 78%), de acordo com as recomendações metodológicas de Camargo (1998b), as quais são fundamentais para a validação dos dados.

A estratégia de evocação possibilita, segundo Sá (1996), pôr em evidência a saliência dos elementos das representações que compõem um conjunto heterogêneo de unidades semânticas, que serão classificados para realização das análises necessárias que poderão desvelar as representações do objeto considerado.

Para Tura (1998), a técnica de análise, proposta por Vergès, através do teste de evocação, possibilita verificar a prototipicalidade dos elementos do núcleo central, por

meio de um duplo critério: verificação da frequência e ordem média de evocação das palavras, o que torna possível apontar os elementos evocados com maior frequência.

Utilizando os estudos de Sá (1996), a frequência de evocação é encontrada pelo somatório das frequências em que a palavra foi evocada em cada posição. A ordem média de evocação (OME) é obtida, ponderando-se com peso 1 a evocação, feita em primeiro lugar, com 2 em segundo e, assim por diante, com tantos índices de ponderação quanto for o número de associações solicitadas. O somatório destes produtos, dividido pelo somatório das frequências da palavra, citada nas diversas posições, dará a ordem média de evocação da palavra. A média aritmética dos valores da ordem de evocação, de cada palavra corresponderá à ordem média de evocação (OME). A análise combinada destes dois elementos possibilitará o levantamento dos elementos que, provavelmente, participam do núcleo central da representação por sua saliência.

Esse procedimento permite que se distribua os resultados obtidos em um diagrama de quatro quadrantes, em que o eixo horizontal se refere à ordem média de evocação (valores menores para o lado esquerdo) e o vertical, a frequência de evocação (valores maiores para parte superior). Desta forma, o quadrante superior esquerdo terá como conteúdo as evocações de maior frequência e as primeiramente enunciadas; no inferior direito encontra-se o oposto, ou seja, as evocações de menor frequência e mais tardiamente evocadas.

Sá (1996) afirma que os elementos que provavelmente participam do núcleo central da representação – os de maior frequência e pronta evocação – situam-se no quadrante superior esquerdo. No quadrante inferior direito, situam-se os elementos periféricos das representações, os de menor frequência e evocação mais tardia. Os

elementos nos quadrantes restantes, superior direito e inferior esquerdo, possibilitam uma interpretação menos direta, uma vez que tratam de cognições que, apesar de não estarem compondo o núcleo central, mantêm uma relação de proximidade com ele.

Seguindo-se os pressupostos teóricos citados, efetuou-se o cálculo das frequências e das respectivas ordens médias de evocação, encontrando-se a frequência média de evocação e a média das OME. A seguir, construímos os quadros com o núcleo central e os sistemas periféricos, que apresentamos em seqüência.

Podemos observar, no Quadro 1, que **doença, morte e sexo** situam-se no quadrante superior esquerdo, apresentando maior saliência, indicando sua pertinência como núcleo central das representações da AIDS, no grupo pesquisado. Esse conjunto de palavras nos remete a uma noção arraigada da AIDS enquanto uma **doença sexual mortal**. Os elementos **dor, sem cura, drogas, prevenção, sexo sem camisinha** entre outros, situam-se no quadrante inferior direito e são os possíveis elementos do sistema periférico, protegendo a significação do núcleo central, atendendo a complexidade e fluidez do cotidiano e reforçando a AIDS como uma doença sem cura, transmitida pelo uso de drogas e pelo sexo sem camisinha, mas passível de prevenção. Nos outros dois quadrantes superiores direitos, localizamos **camisinha, vírus-HIV, tristeza, medo** e, no inferior esquerdo encontramos os elementos: **ruim, perigo, contaminação, amor, sem-volta, tratamento**, ambos em relação mais estreita com o núcleo central.

Os elementos do sistema periférico possuem uma função reguladora e adaptadora do sistema social, possibilitando a ancoragem das representações sociais por sua capacidade de operacionalizar a relação das representações com o contexto social imediato e as situações vividas no grupo social (Tura, 1998).

QUADRO 1- Possíveis elementos constituintes do núcleo central das Representações Sociais da AIDS entre jovens de 5ª a 8ª série, na faixa etária de 10 a 16 anos, em uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, 1999.

OME < 2,97	OME > 2,97
<p>(92) doença – 2,16 (90) morte – 2,53 (77) sexo – 2,0</p> <p style="text-align: right;">F > 14</p>	<p>(48) camisinha – 3,2 (27) vírus-HIV – 3,2 (25) tristeza – 3,2 (20) medo - 3,4</p>
<p style="text-align: right;">F < 14</p> <p>(10) ruim – 2,5 (10) perigosa – 2,7 (08) contaminação – 2,8 (5) amor – 2,6 (3) sem-volta – 2,3 (3) tratamento – 2,3</p>	<p>(13) dor – 3,3 (13) sem cura – 3,3 (12) drogas – 3,7 (10) prevenção - 3,1 (09) sexo sem camisinha 4,0 (7) sofrimento – 3,1 (7) infelicidade – 3,2 (7) mulher – 3,7 (6) solidão – 3,1 (6) hospital – 3,8 (6) horrível – 3,0 (6) cuidado – 3,1 (6) irresponsabilidade – 3,0 (5) descuido - 3,6 (5) insegurança – 3,8 (5) transmissível - 3,8 (5) arrependimento – 3,8 (5) homem – 3,0 (4) preconceito - 3,0 (4) grave - 3,5 (4) preocupação – 4,5 (4) seringas – 3,7 (4) fraqueza - 3,0 (4) chato – 3,7 (3) sexo- inseguro –5,0 (3) discriminação - 3,6 (3) desespero - 4,0 (3) perda 3,3 (3) pânico – 4,0</p>

Nota: O número entre parêntese indica a freqüência com que a categoria foi evocada e o segundo número sua OME. No processo de categorização, para construção dos quadrantes, foram excluídas as palavras citadas uma e duas vezes, ficando-se com 588 evocações (83% do universo de palavras) e 42 palavras diferentes.

A manifestação e incorporação dos conhecimentos, evocadas sobre a doença, pelo grupo de jovens, ocorrem na complexidade das relações sociais com seus pares, propiciando a circulação coletiva destes conhecimentos, dando-lhes sentidos e significações e contribuindo na naturalização do fenômeno. É, neste contexto, que buscamos estudar a centralidade dos elementos **doença, morte e sexo** e sua complementaridade com o conjunto de elementos periféricos evocados.

Durante o trabalho de campo, observamos algumas diferenças entre os sujeitos, relacionadas às experiências familiares e de vida, estas influenciam o seu modo de ver e de se relacionar com o mundo, bem como podem estabelecer outras diferenças mais evidentes relativas à cognição, a idade, a maturidade, ao grau de informação, ao gênero e à origem social.

Baseados nestas observações e visando explorar de modo mais amplo os conteúdos, buscamos, nas diferentes composições analíticas variações significativas, considerando variabilidades entre os sujeitos, tais como sexo, faixa etária e série.

Verificamos, como demonstram os Quadros 2, 3 e 4, que os três elementos centrais **doença, morte e sexo** são comuns no quadrante superior esquerdo (QSE), em todas as situações consideradas. No entanto, em algumas situações se acrescentam outros elementos, os quais apresentaremos nas análises subseqüentes.

No Quadro 2, no QSE do sexo masculino, a palavra **sexo** é mais central do que no QSE do sexo feminino no qual, **doença e morte**, têm mais centralidade. Nas representações do sexo feminino acrescentam-se ao núcleo central as palavras **ruim e perigosa**, que demonstram a manifestação de sentimentos relativo a esta doença.

QUADRO 2- Possíveis elementos constituintes do núcleo central das Representações Sociais da AIDS, entre jovens de 5ª a 8ª séries, de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, comparação por sexo, 1999.

SEXO FEMININO		SEXO MASCULINO	
OME < 2,98	OME > 2,98	OME < 2,75	OME > 2,75
<p>(56) doença – 2,3 (52) morte – 2,4 (31) sexo – 2,0 (9) ruim – 2,5 (9) perigosa – 2,7 F > 7,8</p>	<p>(19) camisinha 3,1 (16) tristeza – 3,1 (11) sem-cura – 3,0 (10) vírus-HIV – 3,2 (10) medo – 3,4 (09) sexo-sem-camisinha 3,2</p>	<p>(46) sexo – 1,27 (38) morte – 2,4 (36) doença – 1,5 F > 8,89</p>	<p>(29) camisinha – 3,2 (14) vírus HIV 3.1 (10) medo – 3,4 (10) tristeza – 3,3 (09) drogas – 4,1</p>
<p>F < 7,8 (7) dor – 2,7 (4) prevenção – 2,7 (4) cuidado – 2,7 (3) drogas - 2,6 (2) contaminação com drogas - 2,0</p>	<p>(6) irresponsabilidade 3,0 (6) infelicidade – 3,1 (5) horrível -3,0 (5) sofrimento – 3,2 (5) transmissível – 3,6 (5) hospital – 4,2 (4) contaminação 3,5 (4) fraqueza – 3,0 (4) chato – 3,7 (4) insegurança 4,2 (3) grave 3,6 (3) seringas – 3,6 (3) preconceito 3,6 (3) solidão 4,3 (2) arrependimento – 3,5 (2) descuido – 3,5 (2) homem 3,0 (2) sem-volta – 3,0 (2) perda – 3,0 (2) pesadelo 4,0 (2) afastamento 4,5 (2) desespero – 4,0 (2) escuridão – 4,5 (2) vida – 5,0 (2) usar-camisinha 4,0 (2) preocupação 5,0 (2) saudade 5,0</p>	<p>F < 8,89 (5) contaminação – 2,2 (5) amor – 2,4 (2) tratamento 2,0 (2) queda do cabelo 2,5</p>	<p>(7) mulher – 3,7 (6) prevenção – 3,1 (6) dor – 4,1 (4) arrependimento 4,0 (3) descuido – 3,6 (3) homem – 3,0 (3) solidão 3,3 (3) sexo inseguro – 5,0 (2) discriminação – 3,0 (2) sofrimento – 3,0 (2) doente – 3,5 (2) responsabilidade 3,7 (2) cuidado - 4,0 (2) lamento – 4,0 (2) pânico – 4,0 (2) preocupação – 4,0 (2) sem-cura – 4,5</p>

Nota 1: O número entre parêntese indica a frequência com que a categoria foi evocada e o segundo número sua OME. No processo de categorização para construção dos quadrantes foram excluídas as palavras citadas apenas uma vez para ambos os sexos. Entre os jovens do sexo feminino, ficamos com 335 evocações (87% do universo de palavras) e 43 palavras diferentes, no sexo masculino, ficamos com 260 evocações (81%) e 29 palavras diferentes.

Nota 2: Utilizamos nos Quadros 2, 3 e 4 cores diferentes na impressão das palavras para chamar atenção e ajudar na visualização de palavras comuns que se encontram, na maioria das vezes, em mesma posição ou mesmo quadrante.

Na quadro 2, encontramos também elementos periféricos comuns aos dois sexos, em dois quadrantes. Observamos no QSD, que as palavras comuns aos dois sexos, são: **camisinha, tristeza, vírus-hiv e medo**. A transmissão sexual do vírus da AIDS é um fenômeno saliente para ambos os sexos e sua proteção é evocada através do uso da camisinha. Nesse Quadro podemos observar uma diferença entre as representações dos dois sexos, através da palavra **sem-cura** evocada pelas meninas e o uso de **drogas** evocado pelos meninos. A palavra **sem-cura**, evocada pelas meninas, delineia com mais clareza o sentido de **doença mortal**, portanto os sentimentos que a acompanham: **ruim e perigosa**. Para os meninos a palavra sem-cura aparece de forma muito periférica no QID.

Quanto às **drogas**, os meninos salientam essa palavra e a relacionam enquanto fator de risco associado à contaminação pelo vírus da AIDS. As meninas mantêm a questão das drogas como um fenômeno distante da sua realidade, em todas as análises. Esse dado é reforçado pelas informações fornecidas por estudos epidemiológicos da área, os quais relatam que a epidemia cresce nas mulheres jovens e que a contaminação tem se dado na maioria dos casos através da via sexual e que grande parte dessas jovens relatam ter ou ter tido um parceiro sexual usuário de drogas injetáveis. Esses dados nos indicam a necessidade de aprofundarmos futuramente estudos no sentido de compreender o que levaria essas jovens “negligenciarem” o risco da transmissão do vírus-HIV pelo uso de drogas injetáveis.

No QID, identificamos quatro evocações em comum que associam a AIDS com sentimentos pessoais como: **sofrimento, solidão, arrependimento e preocupação**. Esses sentimentos nos parecem relativos ao portador da doença e as pessoas que lhe são próximas. As meninas acrescentam a essa lista outros sentimentos como **infelicidade**,

perda, pesadelo afastamento, desespero, escuridão e saudade. Também, encontramos em ambos os sexos, a evocação das palavras: **cuidado e descuido**; as quais atribuem uma conotação personalizada (individual) à causa da doença. Essas palavras são acompanhadas por **irresponsabilidade** (sexo feminino) e **responsabilidade** (sexo masculino), que reforçam essa conotação. Verificamos, também, que as palavras **prevenção e cuidado** estão, mais próximas, ao núcleo central e à palavra **descuido**, na periferia mais distante no sexo feminino, sendo que no sexo masculino estas três evocações aparecem na periferia mais distante (QID). Observamos, também, que no sexo feminino, a evocação **sexo sem camisinha** tem uma frequência alta (QSD) e proximidade com o núcleo central e que também foi evocada a expressão **usar camisinha** (QID), e no sexo masculino aparece no QID a expressão modificada **–sexo inseguro–** com baixa frequência e distante do núcleo central.

A palavra **tratamento** foi evocada, embora de forma periférica, apenas pelos meninos que apontam essa possibilidade para o problema da AIDS.

No quadrante inferior esquerdo (QIE), não encontramos evocações em comum.

No Quadro 3, na análise por faixa etária, os jovens de 10 a 12 anos acrescentam ao núcleo central a palavra **perigosa**, e os de 13 a 16 anos a palavra **camisinha**. Os mais velhos já associam a prevenção da AIDS ao uso de camisinha, e esse elemento já configura o núcleo central da representação com saliência, colocando a **prevenção sexual** também como elemento central da Noção de Representações Sociais da AIDS.

Também, encontramos no QSD (Quadro 3) evocações comuns na análise, são elas: **tristeza, vírus-HIV e medo**. Essas palavras reforçam a visão individualizada da doença e dos sentimentos mobilizados de medo e tristeza.

QUADRO 3- Possíveis elementos constituintes do núcleo central das Representações Sociais da AIDS entre jovens de 5ª a 8ª séries, de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, comparação por faixas etárias, 1999.

JOVENS DE 10 A 12 ANOS		JOVENS DE 13 A 16 ANOS	
OME < 2,95	OME > 2,95	OME < 2,96	OME > 2,96
<p>(39) doença – 1,9 (30) sexo – 1,8 (27) morte – 2,8 (7) perigosa 1,8</p> <p>f > 6,5</p>	<p>(16) camisinha – 3,5 (9) vírus HIV 3,3 (9) medo –3,5 (8) tristeza – 3,5</p>	<p>(61) morte – 2,4 (53) doença – 2,3 (47) sexo – 2,0 (34) camisinha – 2,2</p> <p>F > 8,3</p>	<p>(17) tristeza – 3,0 (15) vírus HIV 3,0 (11) medo –3,3 (10) dor – 3,6 (9) sem-cura – 3,1 (9) drogas 4,0</p>
<p>F < 6,5</p> <p>(5) contaminação com drogas 2,6 (5) contaminação – 2,6 (4) amor – 2,0 (3) dor – 2,3 (3) homem – 2,6 (2) fraqueza 2,02</p>	<p>(6) ruim 3,0 (4) sexo-sem-camisinha 4,2 (4) chata 3,5 (4) sem-cura – 3,7 (4) infelicidade 3,7 (4) mulher – 4,5 (3) descuido – 3,3 (3) hospital 3,3 (3) sexo inseguro 3,5 (3) insegurança 4,3 (3) transmissível 4,6 (2) horrível 3,0 (2) perda 2,0 (2) sofrimento 2,0 (2) irresponsabilidade 3,5 (2) solidão 3,5 (2) esperança 3,5 (2) prevenção 4,0 (2) pânico 4,0 (2) cuidado 4,5 (2) saudade 5,0</p>	<p>F < 8,3</p> <p>(8) prevenção 2,8 (4) ruim 2,2 (4) cuidado 2,5 (4) irresponsabilidade 2,7 (4) sem volta 2,7 (3) preconceito – 2,6 (3) tratamento 2,3 (3) mata 2,6 (2) desprezo 2,5 (2) mulher 2,5</p>	<p>(6) contaminação 3,5 (5) sexo s/ camisinha 4,1 (5) arrependimento 3,8 (5) sofrimento – 3,6 (4) horrível 3,0 (4) infelicidade 3,0 (4) transmissível 3,2 (4) solidão 4,0 (4) preocupação 4,5 (3) grave 4,3 (3) perigo 3,0 (3) seringa-contamin. 3,0 (3) seringa 4,0 (3) hospital 4,3 (2) queda do cabelo 2,5 (2) discriminação 3,0 (2) agonia 3,0 (2) pesadelo 3,0 (2) insegurança 3,0 (2) descuido 3,5 (2) desespero 3,5 (2) homem 3,5 (2) responsabilidade 3,5 (2) lamento 4,0 (2) fraqueza 4,0 (2) escuridão 4,5</p>

Nota: O número entre parêntese indica a frequência com que a categoria foi evocada e o segundo número sua OME. No processo de categorização para construção dos quadrantes foram excluídas as palavras citadas uma vez nas duas faixas etárias. Nos jovens de 10 a 12 anos, ficamos com 228 evocações (87,3% da amostra) e 35 palavras diferentes. Nos jovens de 13 a 16 anos, ficamos com 383 evocações (86,4% da amostra) e 46 palavras diferentes.

Os jovens de 13 a 16 anos, relacionam a AIDS a uma doença **sem cura** que provoca **dor**, também associam-na com o uso de **drogas** injetáveis.

Nos jovens de 10 a 12 anos, a palavra **camisinha** aparece figurando uma proximidade com o núcleo central e talvez possa tornar-se mais próxima dele com o avançar da idade e, conseqüentemente, com a proximidade do início da vida sexual.

No QID, em ambas as faixas etárias os jovens evocam pelo menos cinco sentimentos comuns em relação a doença, são eles: **sofrimento, horrível, infelicidade, insegurança e solidão**. Também, evocam as palavras – **sexo sem camisinha, descuido, hospital, transmissível**. No QIE, não identificamos evocações em comum.

As palavras **prevenção** e **cuidado** aparecem na faixa etária dos 13 aos 16 anos, em uma posição mais próxima ao núcleo central (QIE), na faixa mais jovem aparecem as palavras **cuidado** e **prevenção**, no QID, ou seja, na periferia mais distante e ambos com uma freqüência baixa.

Na análise por faixa etária e sexo (Quadro 4), o núcleo central se mantém fixo nos quatro grupos. Nas evocações dos sujeitos do sexo feminino, na faixa de 10 a 12 anos, acrescenta-se a palavra **perigosa** e, na faixa de 13 a 16 anos, as palavras **camisinha** e **vírus-HIV**. No sexo masculino, o núcleo central se mantém estável com as três evocações principais. Observamos que a palavra **camisinha** compõe o núcleo central apenas para as meninas mais velhas reforçando a noção de **prevenção sexual**, muito mais para o sexo feminino do que para o sexo masculino.

No Quadro 4, não encontramos evocações em comum entre os dois sexos nos QSD e QIE, nas duas faixas etárias. Na faixa de 10 a 12 anos, no QID, foi evocada uma palavra em comum entre os dois sexos: **vírus HIV**.

QUADRO 4- Possíveis elementos constituintes do núcleo central das Representações Sociais da AIDS entre jovens de 5ª a 8ª series, de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, comparação por sexo, nas faixas etárias de 10 a 12 anos e de 13 a 16 anos, 1999.

SEXO	FEMININO		MASCULINO	
	OME < 3,0	OME > 3,0	OME < 2,9	OME > 2,9
FAIXA ETÁRIA DE 10 A 12 ANOS.	(25) doença – 1,8 (18) morte – 2,8 (14) sexo – 2,1 (6) perigosa 2,1 F > 5,7	(6) ruim 3,0 (5) <i>tristeza – 3,1</i> (6) medo –3,5	(17) sexo – 1,7 (14) doença – 1,9 (10) morte – 2,7 F > 5,8	(11) <i>camisinha – 3,4</i>
	F < 5,7 (4) contaminação com drogas – 2,5 (3) <i>dor – 2,3</i> (2) fraqueza 2,0 (2) perda 3,0	(4) <i>sexo-sem camisinha 4,2</i> (4) <i>camisinha – 4,0</i> (4) chata 3,7 (4) <i>vírus HIV 3,7</i> (4) infelicidade 3,7 (3) sem-cura – 3,3 (3) <i>transmissível 4,6</i> (3) insegurança 4,3 (2) <i>hospital 4,0</i> (2) irresponsabilidade 3,5 (2) saudade 5,0	F < 5,8 (4) amor 2,0 (2) contaminação – 2,0	(5) <i>vírus HIV 3,0</i> (5) <i>mulher 4,4</i> (3) <i>sexo inseguro -3,5</i> (3) <i>medo –3,6</i> (2) tristeza – 4,5 (2) <i>descuido 3,0</i> (2) homem 3,5 (2) pânico 4,0
FAIXA ETÁRIA DE 13 A 16 ANOS	OME < 2,96 (34) morte – 2,4 (31) doença – 2,6 (17) sexo – 1,9 (15) <i>camisinha – 2,2</i> (6) vírus HIV - 2,8 F > 5,9	OME > 2,96 (8) <i>tristeza – 3,0</i> (8) sem-cura – 3,0	OME < 2,96 (30) sexo – 2,1 (28) morte – 2,6 (24) doença – 2,0 F > 8,0	OME > 2,96 (18) <i>camisinha – 3,0</i> (9) vírus HIV – 3,1
	F < 5,9 (4) irresponsabilidade 2,7 (3) cuidado 2,3 (3) infelicidade 2,6 (3) ruim 2,3 (2) prevenção 1,5 (2) <i>dor – 2,7</i>	(5) <i>sexo-sem camisinha 4,0</i> (4) sofrimento – 3,7 (4) <i>medo –3,2</i> (3) seringa-contaminada 3,0 (3) <i>contaminação 4,0</i> (3) mata 3,0 (3) horrível 3,0 (3) <i>hospital 4,3</i> (3) perigosa 3,0 (3) <i>transmissível 3,0</i> (3) seringa 4,0 (2) sem volta 3,0 (2) <i>solidão 4,0</i> (2) <i>preocupação 5,0</i> (2) preconceito 3,5 (2) pesadelo 3,0 (2) grave 5,0 (2) escuridão 4,5 (2) fraqueza 4,0	F < 8,0 (8) tristeza – 2,8 (2) tratamento 2,0 (2) sem volta 2,5 (2) queda do cabelo 2,5	(8) drogas 4,2 (7) <i>medo 3,4</i> (6) dor 4,1 (6) prevenção 3,3 (4) arrendimento 3,7 (3) <i>contaminação 3,0</i> (2) discriminação 3,0 (2) lamento 4,0 (2) <i>mulher 2,5</i> (2) <i>preocupação 4,0</i> (2) responsabilidade 3,5 (2) <i>solidão 4,0</i>

Nota: O número entre parêntese indica a frequência com que a categoria foi evocada e o segundo número sua OME. No processo de categorização para construção dos quadrantes foram excluídas as palavras citadas apenas uma vez em ambos os sexos e faixas etárias. Na faixa de 10 a 12 anos, ficamos com 126 evocações (82% da amostra) e 22 palavras diferentes, no sexo feminino com 82 evocações (77% da amostra) e 14 palavras diferentes, no sexo masculino. Na faixa etária de 13 a 16 anos, ficamos com 189 evocações (82% da amostra) e 32 palavras diferentes, no sexo feminino e com 170 evocações (80% da amostra) e 21 palavras diferentes, no sexo masculino.

A expressão **sexo sem camisinha** aparece no QID do sexo feminino, nas duas faixas etárias e, no sexo masculino, aparece **sexo inseguro** no mesmo quadrante, apenas para os mais jovens, além da expressão camisinha citada por todos. A AIDS é associada ao sexo sem camisinha ou sexo inseguro e a prevenção ao uso de camisinha.

Na faixa etária dos 13 aos 16 anos, comparando os dois sexos, encontramos quatro evocações em comum no QID: **medo, preocupação, solidão e contaminação**. Essas expressões reforçam a noção de doença contagiosa e demonstram que os sentimentos de medo e preocupação são comuns, bem como a expectativa de ficar na solidão caso venha a contrair a doença.

Comparando o sexo feminino, nas duas faixas etárias, também encontramos alguns elementos em comum. No QSD, a palavra **tristeza**; no QIE, a palavra **dor** e no QID, **sexo sem camisinha, hospital e transmissível**. As meninas expressam a possibilidade de internação hospitalar e os sentimentos de dor e tristeza daqueles que se descobrem doentes.

Comparando o sexo masculino nas duas faixas etárias, encontramos em comum no QSD apenas a palavra **camisinha** e no QID duas evocações: **mulher e medo** (Quadro 4). As expressões mulher e medo, aparecem vinculadas, pois a mulher representa a possibilidade de iniciar vida sexual ativa e ao mesmo tempo que dá medo pois pode ser fonte de contaminação.

Na análise por série escolar, duas turmas de 5^{as}, duas turmas de 6^{as}, uma de 7^a e uma de 8^a, confirmamos o núcleo central com os três elementos comuns – **doença, morte e sexo**. Na maioria das turmas, o núcleo central é composto apenas pelas três palavras,

exceto na 7ª série, na qual acrescentam-se dois elementos: **camisinha e prevenção** e, em uma 6ª série, em que não aparece a palavra sexo e aparece a evocação **tristeza**.

Nas duas 5ªs séries **sexo** é a palavra mais central e nas outras 4 turmas de 6ª a 8ª, **morte** é mais central que doença e sexo.

Na análise por séries escolares, entre as duas 5ªs, encontramos evocações em comum em dois quadrantes, no QSD, **camisinha**, no QIE **contaminação**. Estas palavras reforçam a noção que estes jovens trazem da AIDS enquanto doença transmissível passível de prevenção pelo uso da camisinha.

Entre as duas 6ªs, encontramos evocações em comum nos dois quadrantes inferiores. No QIE, três palavras, **infelicidade, ruim e tratamento** e, no QID, a palavra **preocupação**. Nestas turmas os sentimentos estão vinculados a fatalidade, pois a **infelicidade** não é algo controlável sendo ruim e causando preocupação. O elemento novo que surge nesse grupo é a possibilidade de tratamento que já começa a figurar de forma periférica.

Na 7ª e 8ª, encontramos no QID a palavra **sem-cura**. Ela, também aparece no QID de três turmas, com alunos na faixa entre 13 e 16 anos e no QIE das duas turmas com alunos mais jovens. Esta evocação periférica reforça a noção da AIDS como doença mortal já comentada anteriormente.

A palavra **vírus-HIV**, esta ligada a definição científica do agente causador da doença e está presente no sistema periférico de todas as turmas, exceto na turma dos alunos mais velhos (8ª série).

Prosseguindo a comparação, encontramos a palavra **tristeza**, compondo o núcleo central de uma 6ª série e o sistema periférico das outras séries, exceto a 5ª série com

alunos mais jovens. As palavras **pânico** (de pegar a doença), **irresponsabilidade** (de se expor sabendo dos riscos), **contaminação** (doença transmissível) e **fraqueza** (visão do aspecto físico do portador da doença) foram algumas das percepções comuns dos jovens evocadas no sistema periférico das representações por pelo menos duas turmas.

Diante desses resultados, podemos indicar que os elementos que constituem o núcleo central das representações sociais da AIDS, para esses estudantes, são **doença, morte e sexo**. Também, que nos jovens de 13 a 16 anos, especialmente nas meninas, essa noção é acompanhada da noção de **prevenção sexual**.

A noção de prevenção sexual, provavelmente decorrente do aumento do nível de informação sobre a doença e formas de contágio, nos últimos 10 anos, parece se encaminhar no sentido de substituir gradativamente a noção da AIDS enquanto doença mortal para um doença passível de prevenção.

De acordo com Tura (1998, p.131), desde os primeiros casos da doença as representações sociais da AIDS foram se construindo e se estruturando em torno de elementos os quais

“se apresentam como ligados à vida e a morte, ao sexo, aos sentimentos intensos de jovens que se abrem para o mundo complexo e incerto, elas ainda estão organizadas em formulações vagas, conceitos truncados e conhecimentos desestruturados. O jovem convive contraditoriamente, com o que armazenou de conhecimento sobre a doença e com o que foi sendo construído socialmente como representação da doença.”

Atualmente os jovens são submetidos cotidianamente a um processo complexo de incorporação de conhecimentos sobre a prevenção desta doença, decorrente da circulação coletiva de significações e sentidos resultantes de relações sociais,

possibilitando a AIDS tornar-se, de acordo com Tura (1998), um elemento de comunicação cultural e naturalizar-se. O sistema periférico, desse estudo, reforça essa indicação à medida que a representação de **doença que mata** é acompanhada pela representação **prevenção/camisinha** nas quatro situações de análise apresentadas.

No Quadro 2, a palavra **camisinha**, aparece no quadrante superior direito, para os dois sexos. No Quadro 3, esta evocação está no QSD para os jovens de 10 a 12 anos e está no núcleo central para os de 13 a 16 anos. No Quadro 4, esta evocação está na mesma posição nas duas faixas etárias para o sexo masculino e muda de posição para o sexo feminino, compondo o núcleo central na faixa etária de 13 a 16 anos e fazendo parte do QID na faixa etária de 10 a 12 anos. Na análise por série escolar, comparando as seis turmas, encontramos a palavra **camisinha** em todas as turmas: compondo o núcleo central na 7ª série, no QSD em quatro turmas e no QIE em uma 6ª série. Portanto, parece-nos que camisinha é um elemento que reflete um nível comum de conhecimento, especialmente, no que diz respeito a um recurso mobilizado na proteção da contaminação sexual pelo vírus HIV.

Os dados encontrados nesse estudo são semelhantes aos encontrados por Tura (1998), em pesquisa com jovens de 14 a 18 anos, em escolas do município do Rio de Janeiro. Através da abordagem estrutural das Representações Sociais ele buscou entender o sistema de interpretação da realidade destes jovens sobre AIDS. O autor apresenta a composição do núcleo central dessas representações, em todas as situações de análise, com quatro elementos: **morte, sexo, camisinha e doença**.

Esse autor destaca o peso desses elementos no imaginário social e no conjunto de relações que ocorrem no interior de uma organização social. Nesse sentido define a

morte, nessas circunstâncias, como *“terrível, premeditada, lenta, que dá pouca passagem para ações concretas; mobiliza antes o medo e a tentativa de afastamento”* (1998, p.152).

Tura (1998, p.152), diz ainda que muitas coisas poderiam ser lembradas sobre **sexo** *“nesta sociedade contemporânea, narcisista e erotizada e que mesmo com tantos estudos de gênero, o sexo ainda esta pautado em tradições machistas que levam ao confronto pessoal e familiar”*. Quanto ao preservativo, este sempre foi encarado como um tabu e ainda hoje não conseguimos romper com muitos preconceitos associados ao seu uso, dificultando sua incorporação como ‘um bem de primeira necessidade’ para uma vida sexual segura, nos tempos de AIDS.

O autor afirma que a doença de forma geral é um tabu das sociedades modernas causando repulsa e medo. Portanto, a AIDS que deixa sinais tão visíveis e impotências tão declaradas é vista de forma muito mais receosa, se não assustadora, ao ponto de que sua existência pode muitas vezes ser negada pelos indivíduos e grupos.

A investigação dos inúmeros aspectos que envolvem a interpretação das cognições e afetos que a presença da AIDS mobiliza, é essencial para que possamos conhecer melhor o campo em que iremos atuar. Do exposto, fica evidente a necessidade de complementar por meio da técnica de entrevista a contextualização dos elementos centrais e periféricos das representações da AIDS, elaboradas por esse grupo, tendo em vista seu valor simbólico e associatividade ou poder associativo. Neste sentido, buscamos desvendar e contextualizar no Item 6, os conhecimentos e atitudes dos jovens em relação à AIDS.

6 JOVENS E AIDS: DESVENDANDO CONHECIMENTOS E ATITUDES

6.1 Os estudantes entrevistados, quem são?...

“tô sempre assim com minhas amigas, to sempre conversando, por isso me chamam de pombo correio” Cristiane, 16 anos.

Realizaram as entrevistas 35 jovens das 6 turmas de 5^a a 8^a séries, de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, 11 estudantes das 5^{as} séries, 12, das 6^{as} series, 6, da 7^a série e 6, da 8^a série. Destes 51% são do sexo feminino e 49% do sexo masculino. Eles apresentaram a média de idade de 13 anos e 4 meses, sendo que o limite inferior de idade foi de 10 anos e o superior de 16 anos, conforme apresentamos na Tabela 7.

TABELA 7- Idade e sexo dos jovens entrevistados. Escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, 1999.

IDADE	Nº ♂	%	Nº ♀	%	TOTAL	%
10	1	5,9	2	11,1	3	8,6
11	1	5,9	2	11,1	3	8,6
12	3	16,4	3	16,7	6	17,1
13	2	11,8	2	11,1	4	11,5
14	4	23,5	2	11,1	6	17,1
15	3	16,4	4	22,3	7	20,0
16	3	16,4	3	16,7	6	17,1
TOTAL	17	100,0	18	100,0	35	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Ferreira, S.R.S. Coleta de dados por meio de entrevistas, Porto Alegre, nov./1999.

Nota: ♂= sexo masculino ♀= sexo feminino.

Analisando o conjunto dos jovens quanto à situação de moradia e constituição familiar, identificamos que 51,4% não vivem com o casal de pais biológicos, portanto, vivenciaram uma situação de separação dos pais (45,7%) ou a situação de perda do pai, por óbito (5,7%). Destes, 20% residem com o pai ou a mãe biológica e seus respectivos novos companheiros, madrasta ou padrasto, e irmãos. Vivem com a mãe e irmãos 14,3% e 5,7%, só com o pai. Moram com a mãe e outros familiares maternos 5,7% e não residem com os pais biológicos (vivem com avó ou com irmãs) 5,7%. Moram com os pais biológicos e irmãos 48,6% destes jovens.

A relação com a família... “vamos deixar rolar...”

As situações de separação e constituição de novas famílias aparecem nas falas dos sujeitos como uma situação conflitiva que demonstram dificuldade em explicar e entender. Um exemplo desta situação é a fala de Bruna (15 anos), contando sobre como é sua família.

“... moro com a minha família, com meu pai, com minha madrasta, com meus irmãos..., (humm) tenho mãe, também, ela mora em frente... prédio da frente. Eu tenho uma irmã de 18, que é por parte de mãe, (gagueja). E duas irmãs por parte de mãe, uma de um aninho (gagueja) é que é meio confuso, uma de 1 aninho e outra de 18, um irmãozinho de 2 anos e uma de 4, que é por parte de pai, e uma de 10 que é irmã de sangue mesmo, do mesmo pai e da mesma mãe, e eu moro com meus dois irmãozinhos, por parte de pai e com minha irmã de sangue, a minha outra irmã de 1 aninho mora com a minha mãe, e a outra mora com o pai dela”.

Os jovens com pais separados, quando perguntados sobre o que sonham para o futuro, expressavam o desejo de constituir uma família “própria”, como se a família em que vivessem não fosse a sua, demonstrando ambivalência sobre as situações relativas ao casamento e a ter filhos, como prossegue Bruna, contando:

*“... é que eu penso assim, **eu não quero ter filho**, eu não quero isso, eu não quero aquilo, **eu não quero casar**, cuidar de casa para, para ele, mas no fundo, assim, **eu queria ter a minha família**, sabe, ter o meu emprego, né?... **ter filhos**, assim, não agora que eu sou muito nova, mesmo mais adiante, eu organizei bastante, assim, sabe, mas nada é como a gente quer, né?... (fala com tom de voz muito triste), então, vamos deixar rolar...”¹²*

Quanto às pessoas que vivem com esses jovens no mesmo domicílio, em apenas 4 famílias residem junto outros familiares, como tios e avós, as demais famílias possuem uma constituição nuclear¹³. A média de moradores por domicílio ficou em 5 pessoas, sendo que o limite inferior foi de 2 e o superior de 8 pessoas. Quanto ao número de irmãos, que vivem no mesmo domicílio, encontramos as seguintes situações: 5 jovens vivem como filho único no domicílio, 12 com um irmão, 8 com 2 irmãos, 7 com 3 irmãos, 2 com 4 e 1 com 5 irmãos.

Esses jovens, do universo entrevistado, vivem na zona leste, do Município de Porto Alegre, em bairros com boas condições de infra-estrutura urbana, habitação e saneamento. A maioria (60%) refere residir no bairro Alto Petrópolis, destes 12 (34%)

¹² Todos os nomes apresentados nesse estudo designando os sujeitos pesquisados são fictícios e foram escolhidos pelos próprios sujeitos antes de iniciarmos a entrevista. As gravações foram realizadas com o nome fictício e um número para cada entrevista.

¹³ Família nuclear- é constituída por duas gerações, geralmente, pais e filhos.

jovens vivem em um Conjunto Residencial, formado por diversos prédios de 12 andares, que ocupam em torno de 4 quadras e ficam muito próximos à Escola.

Quanto aos 12 jovens restantes, 6 (20%) residem na área de abrangência da Unidade Coinma, ou seja, os bairros Coinma e Vila Margarita, também, muito próximos à Escola e com condições de infraestrutura urbana, habitação e saneamento idênticos ao bairro Alto Petropolis. Os outros 7 residem em 6 bairros diferentes da zona leste da cidade e que ficam mais distantes da Escola, sendo que 3 desses bairros possuem menores condições de infra-estrutura urbana, não possuem ruas asfaltadas, têm problemas com esgotos e as residências são, em sua maioria, muito simples (de madeira). Mas todos os bairros possuem água encanada, rede elétrica, recolhimento de lixo, pelo DMLU e transporte coletivo.

Quanto às atividades que gostam e costumam realizar, 100% dos jovens referiram alguma atividade esportiva, sendo as mais citadas o futebol, por 18 jovens (94% dos meninos e 11% das meninas), e o vôlei, por 8 jovens (44,5% das meninas e 11,7% dos meninos). Também, 100% dos jovens referiram gostar de sair de casa e entre as atividades mais frequentes pelas quais saem estão: sair à noite para festas ou dançar, citada por 12 jovens, ir ao shopping (11 jovens) e passear na cidade (9 jovens). A terceira atividade, mais citada, foi assistir televisão por 19 jovens (66,7% das meninas e 41,2% dos meninos). A quarta foi a de conversar com os amigos, referida por 13 jovens (44,5% das meninas e 29,4% dos meninos). A quinta foi a de estudar, citada por 9 jovens.

Sonhos para o futuro

“Estudar, ter uma profissão, arquitetura,... mas eu queria ser modelo, sonho de toda adolescente” Cristiane, 16 anos.

A maioria dos jovens (21) faz planos para o futuro, destes, 34,3% são meninas e 25,7% são meninos.

As meninas falam mais durante a entrevista sobre seus projetos pessoais, manifestando, além de planos relativos à vida profissional, planos para a vida afetiva, como exemplificamos, a seguir:

“... primeiramente, eu gostaria de arranjar um trabalho pra mim, né, e sei lá, construir uma família pra mim, ter os meus filhos..., ter um bom relacionamento..., assim., saúde, e ter o meu trabalho, construir minha própria fabrica de serviço. Ah, primeiro eu acho que gostaria de atuar no teatro, assim, que eu acho muito interessante, né, como eles fazem ou a maneira deles se expressarem, alguma coisa pelo teatro, sei lá, fazer só teatro, não entrar na carreira artística de TV, depois uma faculdade, tirar uma faculdade de não sei se é Psicóloga ou Educação Física” (Rafaela, 16 anos.

“Me casar..., na igreja!” / “Eu queria, deixa ver, ser secretária, só...” (Carla, 12 anos).

A preocupação com a vida afetiva está presente na fala de todas as meninas, até mesmo, na fala das duas que ainda não têm planos para um futuro profissional, mas sonham com um relacionamento afetivo.

“Ah, ainda não decidi o que eu quero ser, sei que eu quero me casar e ter um filho” (Jaqueline, 15 anos).

“... mas, no fundo, eu queria ter a minha família, sabe, ter o meu emprego, ter filhos, não, agora... Profissão..., eu ainda não pensei” (Bruna, 16 anos).

Mas, além de planos para a vida afetiva, a maioria das meninas (2:1) tem planos para a vida profissional e algumas citam até mais de uma possibilidade profissional e as profissões escolhidas têm relação com as construções sociais de gênero, sendo relativas àquelas profissões consideradas apropriadas para o sexo feminino, são elas: atriz, modelo, secretaria, auxiliar de enfermagem, pediatra, médica, psicóloga, arquiteta, advogada, professora, veterinária e educação física.

Os meninos também fazem planos para a vida profissional, mas em uma proporção menor (1,4:1). Eles são mais sucintos nas suas falas e relatam, além da profissão que gostariam de exercer, uma preocupação e a expectativa em obter uma boa situação financeira, como fala Gustavo (16 anos):

“Ter uma situação financeira boa, estável..., constituir uma boa família..., ajudar meus pais..., tentar ajudar meus irmãos. Fazer uma faculdade..., acho que faria para educação física”.

A preocupação com uma boa situação financeira está na maioria das falas dos meninos, também, naqueles que não pensaram na profissão que pretendem ter, mas sonham com o sucesso nesta área, como Duda (15 anos) e Leandro(16 anos):

“Ter um trabalho..., uma situação financeira boa..., mas o que vou ser ainda não sei, não...”

“Ser rico,estudando, fazendo direito aquilo que eu gosto, que vai ser bom pro meu futuro”.

Alguns meninos manifestam, também, em uma proporção menor (1:5), a expectativa de construir uma vida afetiva e familiar, além da vida profissional, como vemos, a seguir:

“Ah, eu queria ser piloto da aeronáutica, piloto da aeronáutica.../ Ser bom pai, respeitar a mulher..., isto” (Vinicius, 14 anos)

“Ser um cara importante, e sei lá, criar bem os meus filhos, fazer a minha vida.” / “Jogador de futebol, qualquer um gostaria, né? sei lá, isto ai que eu penso” (Taide, 15 anos)

Quanto às profissões desejadas pelos meninos aparecem as seguintes: jogador de futebol, advogado, médico, veterinário, piloto, motorista de ônibus, educação física. Os meninos não apresentaram mais de uma opção profissional como as meninas e as profissões citadas, também, têm relação com a construção social dos papéis sexuais, que diferencia as atividades profissionais como trabalho masculino ou trabalho feminino.

Observamos que não possuem planos para o futuro 1 a cada 2,5 jovens. Não identificamos diferenças entre as respostas dos jovens, no que diz respeito a duas faixas etárias (10 a 12 anos e 13 a 16 anos). Em relação ao sexo, existem diferenças, pois possuem planos para o futuro, uma proporção maior de meninas. Isto indica que o interesse nas questões vocacionais e a construção de sonhos, bem como sua projeção no futuro, não estão diretamente relacionadas com a idade, mas com o conhecimento do mundo exterior e a relação que estabelecem com ele, com a relação familiar, o solo cultural, os modelos masculinos e femininos que fazem parte do seu cotidiano, despertando a curiosidade intelectual e, a seguir, o interesse nestas questões vocacionais, geralmente, espelhados em adultos que lhe servem de referência.

6.2 Vida afetiva, sexualidade e comportamento sexual na fase escolar

“... não sou muito interessado nisso, só depois de alguns anos, quando mais velho, porque ainda sou novo para isso” Leonardo, 10 anos.

Antes de abordarmos a maneira pela qual os jovens escolares relatam sua vida afetiva e comportamento sexual, consideramos necessário situarmos as reações, nesta faixa etária, ante este tema, dentro do quadro conceitual, adotado, neste estudo.

A faixa de idade, deste estudo, situa-se entre o período final de latência¹⁴, a vivência plena da puberdade¹⁵ e a entrada na adolescência¹⁶ e as preocupações relacionadas à sexualidade podem variar bastante, segundo a idade, o sexo e meio social.

De acordo com Lage (1996), a forma como evoluiu e se estruturou a nossa sociedade, prolongando os estudos, retardando e dificultando aos jovens sua inserção no mundo do trabalho, a evolução dos modos de vida e as modificações na estrutura

¹⁴ **Latência**- Conforme Lage (1996), é um período que se inicia entre 6 e 7 anos e vai até os 9 ou 12 anos. Caracteriza-se por um afastamento das pulsões sexuais e dá início a colocação em funcionamento de mecanismos de sublimação, em que a criança utiliza suas fontes vitais para adquirir conhecimento do mundo exterior e para controlar a realidade. A imaginação cede terreno à racionalidade, no entanto, existem fortes variações individuais em relação à idade do período de latência, em que a força desta rejeição e da sublimação muda, de indivíduo para indivíduo, mas é uma fase em que isto acontece.

¹⁵ **Puberdade**- Segundo Lage (1996), é o período que se estende, em média, para as meninas, entre 11 e 16 anos e, para os meninos entre 13 e 16 anos, ficando como estágio de transição entre o período de latência e a adolescência, mas, ao mesmo tempo, convivendo e fazendo parte destas duas fases, uma, no seu estágio final e a outra, no seu início, respectivamente. Portanto, entendemos por puberdade a maturação das funções fisiológicas que tornam o indivíduo capaz de reproduzir. Para Outeiral, em nosso meio “*é um processo biológico que se inicia entre 9 e 14 anos aproximadamente e se caracteriza pelo surgimento de uma atividade hormonal intensa que desencadeia os chamados ‘caracteres sexuais secundários’*”(1994, p5).

¹⁶ **Adolescência**, de acordo com Lage (1996), é o período em que ocorrem transformações psicológicas que supõem uma reorganização profunda da personalidade: a morte da infância, a conquista de uma sexualidade própria, a modificação na relação com os pais, a autonomia da vida psíquica e a inserção social no mundo do trabalho. Complementando, Outeiral esclarece que “*a adolescência é basicamente um fenômeno psicológico e social (...) com diferentes peculiaridades conforme o ambiente social, econômico e cultural onde o jovem se desenvolve*” (1994, p. 5).

familiar, conduzem-nos a distinguir a puberdade da adolescência. Estes dois períodos não estão mais juntos, a adolescência começa com a puberdade, mas acaba bem depois, com as modificações psicológicas desta fase que se estendem por muitos anos, prolongando-a. A puberdade designa a maturação fisiológica e a adolescência a maturação psicológica e as condições sociais podem conduzir a maioria dos jovens de hoje a acabar esta maturação psicológica perto dos 30 anos.

Salientamos, também, que uma grande variabilidade caracteriza os jovens dessa faixa etária, no que diz respeito ao interesse que eles dirigem à sexualidade, segundo o sexo a que pertencem, segundo seu desenvolvimento fisiológico e afetivo, segundo a situação familiar e o meio sociocultural. Contudo, não levaremos em consideração somente a idade cronológica, pois isto não auxiliaria a chegar a conclusões válidas que permitissem uma análise mais completa de uma fase de vida tão complexa. É interessante, então, levar em conta esta variabilidade individual e de retratar e tratar pontos de referência nesta evolução.

Como falamos, anteriormente, o grupo estudado se encontra, na sua maioria, antes da entrada na vida sexual ativa, que é definida pelo início de relações sexuais com penetração, mas está vivendo exatamente a fase de preparação para viver esta situação, pelo desenvolvimento da identidade sexual.

Segundo Lage (1996), as transformações da puberdade e da adolescência absorvem uma energia considerável e conduzem a modificações rápidas. Qualquer acontecimento exterior contribui para estas modificações rápidas, tais como: viagens, encontros de férias, leituras, mudança de escola, filmes entre outros. Um lapso de tempo de 3 a 6 meses é suficiente para transformar, completamente, um jovem ante os olhos de

um adulto. Dito de outra forma, toda investigação, nesta idade, deve levar em conta a rápida evolução, sobretudo, quando se trata da relação com o outro sexo. A maturação fisiológica da puberdade reflete apenas um aspecto da reorganização da libido que se opera durante esta fase da vida e que conduz à sexualidade adulta, na qual eles associam a sexualidade e a afetividade numa relação objetal¹⁷.

As mudanças psicológicas que começam na puberdade adotam formas diferentes de se manifestar, dependendo se o ponto de vista é masculino ou feminino.

Essa autora, afirma que, nas meninas, as primeiras menstruações, que precedem em alguns meses o crescimento dos seios, são acolhidas de uma maneira ambivalente, se elas, por um lado, asseguram o bom funcionamento fisiológico do corpo, por outro, elas trazem alguns desagradados cotidianos, que elas precisam aprender a controlar. Em geral, as mães aportam os primeiros socorros e o grupo de amigas ajuda a elaborar uma adaptação progressiva às novas sensações fisiológicas e às soluções práticas que se impõem a estas situações. O início das menstruações não produz, automaticamente, um interesse pela sexualidade. A menina pode se demorar, no período de latência, muito além da puberdade, no que diz respeito a sua vida sexual e a sua personalidade. A instauração da atitude feminina demanda muito mais tempo que a instauração da posição masculina, e a elaboração da atitude feminina se exterioriza pelas preocupações narcísicas, relativas ao corpo e à beleza que precedem o acordar do interesse heterossexual. Certas meninas passam a prestar atenção em produtos de beleza, marcas de perfume, roupas, bijuterias. Algumas adotam uma vestimenta provocante que

¹⁷ Objetal-dirigir a sexualidade, o desejo para um objeto (Lage, 1996).

mascaram, seguidamente, uma inquietude em face da identidade. Outras camuflam, por meio de roupas grandes e soltas, as transformações da puberdade (Ibidem).

A mesma autora diz, também, que os meninos são igualmente absorvidos pelas transformações do seu corpo e a descoberta do esperma. Eles procuram adquirir um certo controle do órgão que faz com que se sintam orgulhosos. A maturação fisiológica é percebida pelas pessoas que estão a sua volta e que se dão conta pela voz mutante, e que eles se sentem, freqüentemente, obrigados a explicar. O grupo de amigos ajuda a superar esta situação, dominada, ao mesmo tempo, pelo medo e pelo desejo pela mulher e, também, pelo temor da passagem ao ato sexual e pela incerteza de chegar a desempenhar um papel de homem. Além da desestabilização do antigo papel de criança ante a mulher, o menino combate o temor da homossexualidade, mais presente nesta idade por terem uma amizade mais forte com pessoas do mesmo sexo. Uma das defesas mais utilizadas pelos meninos, nesta fase, são as gargalhadas em conjunto, bem como dizer “bobagens”, coisas vulgares, sobre as mulheres. Eles ficam brincando com isto para empurrar para longe de si a potencialidade das relações homossexuais (Ibidem).

Feitas essas considerações iniciais, com base nos trabalhos de Lage, o único que encontramos, com a abordagem das representações sociais nessa faixa etária, passaremos a apresentar alguns resultados encontrados nas entrevistas.

A hora do flerte, ficar, namorar!...

A sexualidade começa por uma aproximação afetiva e física entre os sexos, junto com jogos de olhares e carinhos e a escola é o lugar em que os jovens vivem “a hora do

flerte”, aonde ensaiam papéis sexuais e convivem com seus pares, amigos, confidentes e mensageiros, conforme esta jovem revela:

“Ah eu ficava olhando o guri, assim, daí ele passava e me dava ‘OI’..., daí eu ‘OI’, toda envergonhada, né?... daí gostava de fazer bastante coisa do lado dele, né?... entendeu? Assim..., se não eu pedia ‘o mano convida ele para vir aqui em casa’, joga computador com ele..., daí eu ficava brincando com meu irmão e com ele..., daí eu sempre arranjava um jeito pra ficar do lado dele..., era, assim...” (Cristina, 10 anos).

Inicialmente, levantamos com eles os conceitos a respeito de termos, comumente, utilizados por eles para designar essas interações afetivas e, também, as atitudes diante dessa temática e os comportamentos que já estabeleceram, até aquele momento.

Os jovens diferenciam sua vivência afetiva em duas situações: namorar ou ficar, podendo qualquer uma destas relações, de acordo com o sexo do sujeito, implicar uma relação sexual ou não, como retomaremos adiante.

O ficar, para esses jovens, significa uma relação eventual, um envolvimento passageiro sem compromisso de fidelidade, uma liberdade de ir e vir, regendo-se pelo interesse de conhecer outras pessoas, ligado à atração física e à necessidade de experienciar esta relação com o outro. Este não é o momento de firmar compromissos, especialmente, para os meninos, conforme os depoimentos.

“Ah, sei lá, assim, não namorar, mas ficar com..., um tempinho, assim, não um negocio sério que, que tira o compromisso dos outros, senão atrapalha muito, primeiro tem que estudar isso e aquilo, arranja um emprego, isto que eu penso” (Taide, 15 anos).

“Não tenho namorada, mas eu fico com uma guria, uns três meses já, assim..., segundo a gente, não é namoro sério, assim, tá indo

sabe....., não de marcar presença estes negócios..., é uma coisa que não é todo dia, que quando me dá vontade, eu vou lá. Assim, eu vou ali e fico com ela e fico com outras, né..., quer dizer, não é compromisso, só tá ficando né?” (Ricardo, 16 anos).

Algumas das falas das meninas explicitam, um pouco, de “como é ficar” para elas, dando vida às questões já mencionadas.

“Ah, é ficar um dia e dar , dar uns beijinhos, ai fica conversando, ai, outro dia também, outro dia, não, assim” (Manoela, 11 anos).

“Para mim é ..., o ficar é o beijinho ali, outro ali, outro cá, mas namorar mesmo é namorar mesmo” (Janete, 10 anos).

“Ah, fica é, fica, por exemplo, a gente tá gostando de uma pessoa e quer ficar pelo menos uma vez com ela, no meu caso foi isso né, foi só uma vez, ai a gente ficou junto, ai mais não foi assim, nenhuma coisa avançada; ah, não aconteceu nada, a gente se beijou, né? mais nada...” (Gisele, 12 anos).

A concepção de ficar, das meninas, nas duas faixas etárias, exclui a possibilidade de envolvimento sexual, diferenciando-se das concepções dos meninos mais velhos (15 e 16 anos) em que citam que o ficar pode levar a uma parceria sexual sem que isto implique um compromisso ou uma relação amorosa, pois é, apenas, uma questão de oportunidade. Os meninos, entre 10 e 12 anos, referem-se ao ficar, da mesma forma que as meninas, como troca de beijos, caricias, mas sem intenção de ter uma relação sexual.

“Ficar, é, assim, não leva adiante, não levar muito a sério, ficar é experimentar..., ficar é mais rápido..., ficar não dura muito sabe... (risos)” (Felix, 11 anos).

“Olha, eu..., eu não fiquei, assim, em relação sexual, né? só de beijar assim, com algumas gurias, umas foram lá no meu prédio e, outras, lá na minha cidade, onde eu morava” (Roberto, 12 anos).

“Deve ser só beijo, não precisa ser sexo, só beijo, sair, ficar junto, sai, faz festa, fica em casa, só isto” (Alex¹, 12 anos).

O “ficar”, para esses jovens, indica o reconhecimento da atração física, do “tesão”, como o desencadeador do encontro entre os ficantes. Segundo Rieth o ficar “*é uma possibilidade ‘prática’ de conhecer o outro, não fechando espaço para o sentimento*” (1998, p.22). A autora salienta que aqui não está em jogo ter ou não ter sentimentos, porque a atração entre os ficantes, apesar do caráter momentâneo, não é destituída de sentimentos, pois o “*tesão vincula afetivamente os ficantes sem compromete-los*” (Ibidem). Para Rieth, o que está em jogo é a singularidade do processo de experimentação amorosa e sexual na adolescência, que implica diferentes maneiras de se conhecer pela descoberta do outro.

Alguns depoimentos dos meninos mais velhos (15 e 16 anos) explicitam essa questão do envolvimento afetivo que, muitas vezes, acontece após uma situação de ‘ficar’, referem que, a principio, não têm interesse em compromisso mas que, às vezes, o ficar pode levar a outras ‘ficadas’ e até constituir uma relação mais duradoura, como o namoro. Duda (15 anos) nos fala da sua experiência.

“... tem vezes que, no ficar na festa, já vai em outra festa, fica com a mesma pessoa, assim, já rola um certo namoro. No natal passado eu fui numa festa de natal, né?... e eu fiquei com essa pessoa, daí eu não tava pensando em namorar com ela, pra ficar, pra curtir na festa, daí eu tive outras, depois que acabou a festa, cada um foi pra sua casa e tal, aí eu viajei pra praia, né e lá..., daí eu voltei em março passado, eu fiquei com ela novamente, daí já tinha rolado um certo clima e tal, aí ficamos, alguma vezes, nesse ‘revelion’, agora, que eu pude ficar com ela, novamente, daí quando eu to indo pra praia novamente, daí em março, no começo das aulas, eu fiquei com ela, novamente, entende porque ficamos assim”.

O namorar, segundo esses jovens, implica uma situação de compromisso e respeito. Autoras como Rieth analisam essa fase dizendo que “*o namoro é o lugar do sentimento se opondo ao interesse da atração*” (1998, p.16), e se dá sobre um vínculo de fidelidade e confiança, envolve ações como conhecer a família, saber dos horários do outro. Os depoimentos a seguir ilustram essas opiniões sobre o tema.

“Namorar já é mais assim, como vamos dizer, mais, pedir autorização pro pai da menina e pro pai, dai já é mais sério, dai já é bem mais sério...” (Vinicius, 14 anos).

“Ah, a gente fica, assim, quando dá sabe, e o namoro já é mais diariamente, assim, eu ir na casa dela, ela ir na minha casa os pais dela saberem, é isso ai, e fica não fica é escondido, a gente não pode ir um na casa do outro...” (Leandro, 16 anos).

“Namorar é tu ficar só com um, só fica e sai com ele, conta tudo pra ele. Ficar tu pode ficar com ele e com outro sem compromisso” (Tais, 15 anos).

“Namorar é relacionamento sério, os dois têm compromisso, respeito, são amigos e conversam” (Andressa, 15 anos).

“O casal de namorados tem que ter bastante respeito, tem que confiar um no outro, com certeza, assim, pra mim, tem que ser fiel... tem que ter responsabilidade pra namorar. Ah, se tal pessoa tá namorando comigo, eu falo, assim, o que eu sinto pra ela, me abro, confio nela, pra namorar tem que levar a serio, tem que respeitar muito, namoro pra mim tem que ser muito sério” (Eduarda, 14 anos).

A opinião e conceituação dos jovens, a respeito de “ficar” e “namorar”, encontrada, neste estudo, é idêntica ao encontrado por Leal e Rieth (1998), na cidade de Pelotas-RS, na faixa etária de 12 a 19 anos, indicando que estas formas de definir e vivenciar a vida afetiva, para os jovens, desta geração, são muito semelhantes.

Na Tabela 8, apresentamos algumas quantificações sobre, namorar, ficar e transar, por sexo, faixa etária e no seu conjunto.

TABELA 8- Vida afetiva e comportamento sexual entre jovens escolares, em uma Escola Estadual de Ensino Fundamental. Porto Alegre, 1999.

SEXO E FAIXA ETÁRIA	JÁ NAMOROU			JÁ FICOU			JÁ TRANSOU	
	SIM		NÃO	SIM		NÃO	SIM	NÃO
	atual	passado		atual	passado			
♂ 10 a 12	-	1	4	1	1	3	-	5
♂ 13 a 16	1	5	6	4	6	2	6	6
♂ Geral	1	6	10	5	7	5	6	11
% ♂ total N=17	41,2		58,8	70,6		29,4	35,3	64,7
♀ 10 a 12	-	-	7	1	1	5	-	7
♀ 13 a 16	4	1	6	2	2	7	4	7
♀ Geral	4	1	13	3	3	12	4	14
% ♀ total N=18	27,8		72,2	33,3		66,7	22,2	77,8
♂ e ♀ 10 a 12	-	1	11	2	2	8	-	12
♂ e ♀ 13 a 16	5	6	12	6	8	9	10	13
♂ e ♀ Total (N=35)	5	7	23	9	9	17	10	25
% ♂ e ♀	34,3		65,7	51,4		48,6	28,6	71,4

Fonte: Pesquisa direta, Ferreira, S.R.S. Coleta de dados por meio de entrevistas, Porto Alegre, nov., 1999.

Nota: ♂= sexo masculino ♀= sexo feminino.

10 aos 12 e 13 aos 16= corresponde aos grupos etários analisados de 10 a 12 anos e de 13 a 16 anos.

Entre os 35 jovens entrevistados, a maioria referiu nunca ter namorado (65,7%). Os jovens que referem, alguma, experiência com namoro (31,4%), estão na faixa etária, de 13 a 16 anos. Na faixa etária, dos 10 aos 12 anos, apenas, um menino refere ter namorado.

Quanto à ficar, podemos verificar que, 51,4% dos jovens referem já ter ficado. Destes, 70,6% são meninos e 33,3% são meninas e, a maioria, encontra-se na faixa etária de 13 a 16 anos.

A experiência sexual, com penetração, foi declarada, por 35,3% dos meninos e 22,2% das meninas na faixa etária de 13 a 16 anos. Na faixa etária de 10 a 12 anos nenhum dos jovens teve relações sexuais. No grupo como um todo, 71,4% refere não ter tido experiência sexual e 28,6% dos jovens iniciaram vida sexual ativa.

Quanto à entrada na vida sexual ativa, no conjunto dos 145 estudantes pesquisados, verificamos por meio de um questionário que, 78,6% (114) referem não ter iniciado vida sexual ativa e 21,4% referiram ter iniciado. Destes 31 jovens que iniciaram vida sexual, 7 são meninas e 24 são meninos. Quanto à idade em que estes jovens tiveram a primeira relação sexual, 50% informa que tinham menos de 13 anos e 50% tinham 13 anos ou mais. Entre aqueles que iniciaram vida sexual com idade inferior aos 13 anos, só haviam, sujeitos do sexo masculino.

Observamos que os dados coletados, sobre entrada na vida sexual ativa, tanto através do questionário, quanto das entrevistas se equivalem em termos de resultado.

Na faixa dos 10 aos 12 anos, os diálogos sobre namorar, ficar e sobre AIDS foram mais breves e a maioria referiu ter informações sobre todos os temas, mas que tinham vergonha de falar no assunto e que teriam muito tempo ainda pra falar “dessas coisas”. Assim, o riso, antes e depois das respostas, foi uma constante nas entrevistas e ajudavam a aliviar a tensão que estes temas envolvem.

Utilizando os estudos de Lage (1996), entre os 10 e 12 anos, algumas crianças ainda estão completamente mergulhadas na fase de latência, que é o período em que

fazem a consolidação das aquisições, feitas na primeira infância e transformam interesses sexuais em curiosidades intelectuais, desta forma, a criança pega para si o conhecimento do mundo exterior com vontade de aprender e agir. O controle da realidade predomina, nesta fase, suplantando a imaginação, e as preocupações sexuais são mantidas 'guardadas'. Algumas crianças se tornam profundamente hostis às questões que tratam da sua sexualidade, outras toleram uma avaliação racional do saber biológico, deste domínio, pois aceitam que expliquem as coisas voltadas para sexualidade de uma forma biológica e racional. Nesta idade, os jovens tanto podem fugir de informações sobre sexualidade, como um assunto que os incomoda, quanto podem enxergá-la como um interesse científico, como qualquer outro conhecimento do mundo exterior que eles abordam. Portanto, as explicações sobre estas questões, que são propostas para as crianças que não manifestam interesse no tema, acabam sem efeito. As informações fornecidas não são assimiladas ou, no máximo, são transformadas, de acordo com as crenças infantis do momento. A criança vai além logo que, afetivamente, esteja pronta para entender as versões, mais em conformidade com a realidade.

No plano psicológico, dos 10 aos 12 anos, demonstram estar interessados sobre as transformações do corpo, as quais esperam que vá acontecer e que começam a sentir no próprio corpo, só que podem continuar a "fazer de conta" que a sexualidade nada tem a ver com eles e que isto é unicamente um assunto de adultos (Lage, 1996).

As meninas de 10 a 12 anos falam dos seus medos relativos ao início da vida sexual, principalmente, medo da primeira vez, de ficar grávida ou pegar AIDS e reforçam a importância de confiar no parceiro. Quanto à expectativa de iniciar a vida sexual, referem não ter interesse, no momento, e nunca terem pensado nisto, mas, no

futuro, como elas mesmas dizem, “bem mais tarde” e, se possível, com o casamento pretendem começar a transar.

“Eu pretendo, pelo menos, só depois do casamento, porque..., posso ficar grávida, posso pegar AIDS..., então, prefiro casar virgem” (Manoela, 11 anos).

“Ah! eu penso também que transar só quando quiser casar e ter filhos, né? para mim, esta é a minha opinião ..., mas para os outros não deve ser a minha mesma, né? Por causa que transar, ai esquece a camisinha, ai tem filhos sem querê, né? Não é obrigação de todos fazer, assim, só para mim..., entendeu?” (Janete, 10 anos).

“Transar, pra mim, transar, tem que ser com uma pessoa que eu conheça, e que eu, que eu goste da pessoa, não sendo só pensando em sacanagem” (Gisele, 12 anos).

As vivências de gênero: ser homem, ser mulher

“As meninas se apaixonam muito fácil, elas se preocupam e sei lá, já querem namorar” Taide, 15 anos
“Os guris, o que eles querem é pegar uma guria e transar e contar para os amigos” Cristiane, 16 anos

Segundo Rieth (1998), a iniciação sexual se expressa como um espaço privilegiado para a discussão de gênero, pois as formas de se tornar homem ou mulher possuem significados diferentes. As meninas relatam, de forma consensual, o sentimento de “entrega” em relação ao ato sexual, mas a necessidade de “preservar-se” ainda se impõe à vontade de “se descobrir”.

“Assim ó., eu me preservo, eu sou na minha, entendeu...eles amadurecem depois das meninas, mas..., mas pra eles, assim, porque..., porque não adianta ser uma idade..., mais..., porque isso eles não querem, de jeito nenhum, o que eles querem é, antes, eles querem ver como é que é, entendeu..., é, ao contrário das meninas, as meninas têm medo,... mas se dizem que é bom, então, elas querem experimentar, entendeu?... mas mesmo, assim, não deixam de ter medo e eles, não, porque é como se neles não fosse doer nada, assim, entendeu?” (Cristiane, 16 anos)

As meninas jogam com a ambigüidade do desejo de uma relação amorosa e do ato sexual. Esta relação sexual é, raramente, nomeada de maneira tão direta quanto os meninos o fazem. Quando começam a se interessar pelo outro sexo, as meninas se interessam, antes de tudo, pela relação, bem mais do que pelo ato sexual, em si. Preocupam-se em encontrar e quando vai aparecer o homem da sua vida. As pesquisas, nessa área, confirmam que as mulheres ligam mais do que os homens ao sentimento de amor à sexualidade. As meninas parecem, particularmente, receptivas às relações interpessoais e, geralmente, são mais escolhidas como confidentes pelos dois sexos.

Nesse sentido, as meninas, deste estudo, referem-se com unanimidade na importância da escolha do parceiro e de perceber a “hora certa” de iniciar-se, sexualmente. Falam do sentimento de segurança necessário, para permitir que este momento aconteça. O relato, a seguir, da conversa de uma jovem, de 16 anos, com seu namorado, de 19 anos, um relacionamento de 5 meses e que, na sua avaliação, é sério, respeitoso e com compromisso, reflete a “pressão amorosa” que é feita para ceder e iniciar o relacionamento sexual com ele, mas que não se sente preparada e que o fato dele gostar e estar comprometido com ela faz com que compreenda, aceite e espere.

“... eu já conversei isso com ele sabe, até sexta feira, agora, eu fui pra praia com ele, e conversei.... Eu acho que, pra mim, não é na hora, assim, então, tu tem que estar tanto, psicologicamente, quanto fisicamente preparada, sabe? porque eu acho que..., que não é minha hora, eu não estou madura pra isto. Eu já falei com ele, mas é que ele fala: ‘Ah porque tu acha que não tá na tua hora?’ - porque a pessoa sente quando não tá na hora, pra mim, pelo menos, não é hora, sabe? porque a maioria das meninas já transaram, com 15, 14 anos, e não estão preparadas pra isto, algumas se arrependem, também, de ter transado tão cedo, de não ter conhecido bem, eu acho, assim, pra mim, não é o momento

certo, a hora, mas ele me respeita, respeita a minha opinião. Ah, ele fala: 'tu tá certa, tu tá certa'. É que ele me respeita bastante, a gente conversa bastante, e ele é muito bom comigo, porque tem uns que não aceitam. Dizem, tu tem que fazer, porque tem uns até que ficam só com as namoradas pra transarem com elas. Ele me respeita, pelo menos, pra mim não tá no momento, pra mim não tá na hora certa..., eu vou saber, né? a hora que tiver, que eu tiver que transar. Eu falo com ele, também, mas às vezes, sempre tem esta coisa de marcação e tal” (Rafaela, 16 anos).

Iniciar a vida sexual “na hora errada” sem estar bem preparada ou iniciá-la com a “pessoa errada” é relatado como sinônimo de dor, sofrimento, trazendo arrependimento, os depoimentos que seguem ilustram esta preocupação, de duas jovens, uma se refere a experiência pessoal e a outra relata a história da mãe:

“No começo do ano eu tive minha primeira transa com um guri, sabe, eu não gostava dele, mas ele foi me envolvendo, quando eu vi, sabe, doeu muito, assim, pra mim, eu chorei um monte, eu me arrependo até hoje de ter transado com ele, a primeira vez. Eu queria ter perdido a virgindade com uma pessoa que eu gostasse de verdade. Ele transou comigo e, depois, me tratou como se eu fosse um objeto” (Bruna, 15 anos).

“a minha mãe sofreu muito... ela perdeu a virgindade, muito cedo, então, ela senta e conversa e conta pra gente tudo que ela passou. Ela sempre fala que, se possível, tentem perder a virgindade depois dos 15 ou saber o momento certo. Pra mim, ainda não chegou aquele momento de transar com um guri que eu goste e que ele goste de mim. Este guri que eu to ficando ele transou com a namorada e largou e, agora, se transar comigo, vai ser a mesma coisa” (Tais, 15 anos).

Os meninos, em contrapartida, referem a importância do “desempenho sexual”, que é visto como um ganho, “*sustentando o poder da masculinidade*”. Eles não precisam se preservar, o que se impõe é a descoberta e o acúmulo de experiências, “*para o homem não há perdas, somente ganhos a serem firmados no universo próprio dos*

pares” (Rieth, 1998, p.20). O depoimento desse jovem, sobre a sua primeira relação, ilustra este aspecto.

“Ah..., foi com uma guria da minha idade..., não sei se era virgem ou não era..., mas ela..., antigamente, eu não sabia, né?..., não tava pensando em nada, assim..., acho que, no começo foi na brincadeira..., ai rolou..., assim, mas para mim não gerou nada, né?..., gerou mais só pra mim saber mais, né? agora, no geral para fazer o que a gente tem que fazer, todo mundo quase faz sexo por prazer, né? aquela hora não senti, porque não sabia o que fazer, depois a gente pega prática, né? só me levou a isso, a pegar mais prática” (Alexandre, 14 anos).

As relações de gênero configuram-se ainda como entre desiguais. As meninas dizem não transar com quem ficam, sendo permitido o sexo apenas em uma relação amorosa com um namorado sério, fiel, responsável e que as ame. Os meninos querem experimentar e afirmar sua virilidade e reforçam não ter interesse em assumir compromisso amoroso. A estrutura familiar e social, as condutas maternas e paternas e suas expectativas em relação ao comportamento dos filhos reforçam estas diferenças entre as condutas femininas e masculinas. As condutas familiares têm um peso muito grande, reforçando e reproduzindo as expectativas sociais, em relação ao comportamento sexual de meninos e meninas, como aparecem nesses depoimentos:

“É que eles, não sei, recebem uma criação diferente dos pais. O homem já vem, com aquele..., aquele pensamento, assim..., o homem tem que..., se aparecer tem que pegar, aquelas coisas, assim, né? que eu não sei da onde vem, mas..., eu vejo pelos meus amigos, assim, né? o jeito do pai deles agir, de repente passou para eles, daí o irmão mais velho já tem aquilo, o irmão mais novo vê e vai indo..., vai indo...” (Cristiane, 16 anos).

“Porque isso vem dos pais mesmo, a menina tem que se cuidar, tem que ser virgem e tal, o rapaz não, o rapaz vai aonde pode, faz na hora e idade que ele quiser, muitos até não são maduros pra fazer e acabam fazendo e acabam se arrependendo de ter feito naquela hora, assim, naquele momento” (Rafaela, 16 anos).

As meninas, mesmo quando transam com seus namorados, referem ter sido escondido da família e ainda se situam na dualidade honra-vergonha. No exemplo que segue, ressaltamos a inabilidade materna ao conduzir uma questão relativa à sexualidade da sua filha, de 14 anos, adotando condutas, extremamente, severas e repressivas. A jovem começou a namorar escondido, aos 13 anos e, aos 14, teve sua primeira relação sexual com esse namorado e, após a relação se sentiu tão culpada que resolveu contar o que tinha acontecido à mãe.

“Combinei com uma colega e a gente saiu de noite. Falei para minha mãe que eu ia posar na casa da colega. Ai, ela deixou. Eu sai com meu namorado, ai, eu transei com ele. «Ai minha mãe perguntou quando cheguei» Porque sempre quando a gente saia ela perguntava se tinha feito alguma coisa errada e tal... Ai eu peguei e falei para ela. Ela ficou..., ai ela me pegou e me levou no médico, me levou no conselho tutelar..., ela contou que eu tinha fugido de casa..., ficou aquela coisa..., me levou no conselho tutelar e eles me explicaram, falaram que não era, assim, que a gente tinha que saber com quem transar, quem era a pessoa, se era a pessoa certa. Depois minha mãe nunca mais falou comigo..., assim essas coisas... Não sei..., não foi bom..., ela não teve paciência comigo.... Acho que minha mãe não está errada, só acho que ela deveria ter sentado e conversado comigo, me explicado, o que eu tinha feito..., o que era errado..., mas não ter me levado ao conselho tutelar. Eu acho que fiz uma coisa errada, né? Minha mãe é muito..., quando a gente esta conversando com..., uma pessoa ou um menino, assim, qualquer pessoa na rua, ela já acha que a gente é vagabunda, estas coisas, principalmente eu. Meu namorado, ele foi falar com a minha mãe, mas a minha mãe não escuta, né? Hoje, a gente não transa, a gente só se encontra, né?. Eu tenho medo, tenho medo que a minha mãe descubra, medo de engravidar, medo que a minha mãe descubra” (Débora, 14 anos).

A proporção de jovens, que referem manter um bom dialogo com os pais é pequena, 1 em cada 5 se sente satisfeito com o nível de dialogo na família e na forma como essas questões são abordadas. Os mais jovens, entre 10 e 12 anos, sentem-se mais satisfeitos com os diálogos com os pais, como podemos observar no depoimento, a seguir.

“A gente conversou, assim, e daí ..., eles perguntaram se eu sei o que é, né?... daí eu disse que não, né? porque eu não sabia, né? daí eles me disseram tal e tal..., que..., ah, o penis entra na vagina e tal..., daí dá um prazer pra mulher e pro homem, também, e daí se tá sem camisinha, não me lembro o que é que sai, um liquidozinho do homem e daí..., de vez em quando faz a mulher engravidar, né? daí é isto aí, que eles conversam comigo” (Cristina, 10 anos).

Na faixa etária de 13 a 16 anos os jovens referem conversar menos sobre esse tema com os pais, preferindo as conversas com os amigos e colegas de mesma idade. Eles informam que os pais dizem uma série de “coisas” e que dão conselhos, “enfim..., coisas de mãe”, mas não se sentem interessados.

As preocupações dos jovens do sexo masculino, quanto a começar a vida sexual, referem-se, principalmente, às conseqüências do ato, como ter de assumir uma gravidez indesejada e ter sua liberdade limitada. Alguns salientam a importância de conhecer a menina, no sentido de saber se ela é “confiável”, se ela se cuida ou se protege (usa algum tipo de anticoncepcional). Também, preocupam-se com a fidelidade e com a virgindade, dizendo que esta implica assumir um namoro ou compromisso que eles não desejam, no momento. Usar camisinha aparece em 65% das falas, mais como um

conselho “repetido” do que como uma crença, no sentido de se proteger contra gravidez indesejada e AIDS.

“Acho que tem risco transar cedo porque daí a guria fica grávida e tu não vai poder aproveitar a tua juventude... acho que tem até uma idade para ter filho, essa coisa assim..!” (Felix, 11 anos)

“Dê preferência eu indicaria que fosse com a pessoa que..., que ele gostasse e que gostasse dele também e que tivesse uma vida sexual única. Acho que a principal coisa que ele deveria escolher a pessoa, o que mais..., cuida o modo como eles..., eles irão fazer. Acho que o uso da camisinha, só isso...,” (Gustavo, 16 anos)

As meninas se preocupam, principalmente, com três aspectos em relação ao início da vida sexual: o de preservar-se o maior tempo possível, postergando o ingresso na vida sexual ativa; a escolha do parceiro ideal, no qual depositam sua confiança e amor e o risco de uma gravidez indesejada. Elas citam a importância de conhecer bem a vida do outro, gostar dele e tentar saber se o parceiro, realmente, gosta delas, estar namorando firme, com compromisso e responsabilidade. Também estar madura, sentir-se preparada, pronta para assumir a vida sexual, estar com “uma idade boa”, cuidar-se, usando anticoncepcional ou camisinha. As meninas fazem recomendações de cuidados, que julgam necessários, ao início da vida sexual ativa.

“Ah, acho que ela deve pedir pro namorado, toda vez que ele tivesse uma relação, usar camisinha ou ela tomar um anticoncepcional, pra ela poder se cuidar, pra não correr o risco de engravidar” (Jaqueline, 15 anos).

“Eu diria pra ela, pra ela ver se ele gosta mesmo dela, se não é só pra uma noite que ele quer ela, pra se prevenir também, só, eu acho, que pra ela ver se gosta mesmo dele, pra não se arrepender depois, conhecer ele primeiro, também a família, ver como ele é” (Andressa, 15 anos).

Os estudos de Leal e Rieth (1998) auxiliam na compreensão desta distinção entre ficar e namorar em que os jovens estabelecem uma clara separação entre parceria amorosa e parceria sexual. Quanto às expectativas em relação ao início da vida sexual destas jovens, especialmente, as de 13 a 16 anos, aparece a preocupação e o desejo de manter uma parceria sexual apenas com alguém “especial”, que seria o seu namorado, pois a parceria sexual implica, para elas, também, uma parceria amorosa e um compromisso percebido como natural entre pessoas que se amam.

“Eu quero que seja com um namorado, como eu nunca tive, nunca fiz, a gente não consegue se ver assim com uma pessoa qualquer” (Cristiane, 16 anos).

“Se eu transar, vai ser com o meu namorado, ele vai ta sabendo que eu transo só com ele e eu vou ta sabendo que ele só transa comigo, mas, agora, se eu transar com o ficante ele vai transar comigo aqui e com outras lá, isso não é legal, pra mim isto não é legal” (Tais, 15 anos).

Para Rieth, os jovens vivem uma fase de intensa expectativa em relação à iniciação sexual e amorosa e *“constroem uma idealização do próprio amor, aspecto dimensionado pela curiosidade e atração por algo não experimentado”* (1998, p.23).

Nesse sentido, compreendemos que o ficar para conhecer outras pessoas é um exercício que auxilia no estabelecimento de vínculos que podem levar à experiência sexual, é um espaço em que a *“atração dos ficantes é explícita, porém, insinuada na sedução da troca de olhares, na linguagem corporal ou na vontade assumida de beijar e ‘amassar’”* (Ibidem, p.23).

O namoro, em contraste com o ficar, assume, segundo essa autora, o significado de “*conhecer a alma do outro*”. A relação de namoro evoca “*a separação entre corpo e alma, isto é, entre sexo e amor, todavia torna a juntar tais dimensões ao colocar a intimidade crescente entre o casal como uma prova desse amor*” (1998, p.23). Apreendemos então o sentido que os jovens dão à preocupação com o “tempo” de namoro e à “durabilidade” necessária à relação amorosa, que transparece no discurso feminino como um aspecto necessário que dá qualidade e segurança à relação e, no discurso masculino, como algo inicialmente rejeitado ou adiado o máximo possível. A durabilidade da relação amorosa “*desvela o conflito romântico da relação, paradoxal ao interesse de conhecer outras pessoas*” (Ibidem, p.23).

A experiência sexual com penetração, que foi relatada por 10 dos jovens (28,6%), sendo que 9 a consideraram como uma experiência positiva, apenas uma menina informa que começou sua vida sexual com a “pessoa errada”.

As meninas que iniciaram vida sexual referem que tinham as idades de 14 e 15 anos (50% em cada faixa etária), e apenas uma conversou com a mãe antes da relação, as outras três iniciaram às escondidas e duas escondem esta situação da família, até o momento. Três meninas iniciaram a vida sexual com o namorado e continuam namorando, até o momento. Elas falam sobre como foi começar a vida sexual:

“Ah, antes eu tinha medo, porque todo mundo falava que dói, tinha medo, sabe, aí a primeira vez foi com ele, aí depois doeu, depois tu perde aquele medo, e depois quando, quando tu vê..., tu gosta, se tu gostou continua... Ah, eu gostei e ate hoje a gente continua, eu achei bom, eu gostei” (Jaqueline, 15 anos).

“Ah eu conversei com ele que era a minha primeira vez, era dele também, a gente conversou, pra se cuidar bastante, usar a camisinha, conversei com a minha mãe, contei pra ela, fui no

ginecologista pra tomar anticoncepcional, tudo pra se cuidar. Assim como ele fez, também. A gente se cuida, que ele já é bem consciente, ele não é mais criança, assim como eu não sou, pra assumir o que a gente faz” (Márcia, 16 anos).

“Ah, pra mim foi bom, né? foi um pouco ruim por causa da minha família, porque minha mãe descobriu. Acho que para ela foi mau, depois ela não falou mais no assunto” (Débora, 14 anos).

As meninas que não iniciaram vida sexual referem ter medo da iniciação, principalmente, pelo risco de gravidez, pela insegurança em relação ao parceiro, pela dificuldade em utilizar anticoncepcional oral, pelo medo da dor “no ato”, em si, e pelo risco de serem descobertas pela família. Os depoimentos, a seguir, ilustram este conjunto complexo de medos e receios femininos.

“Tem gente que diz que dói, sangra, né? Assim, de repente assusta..., e, até mesmo, o pensamento: será que eu posso ficar grávida? será que?... há um monte de coisas, assim. Se tu vai dizer pra ele usar camisinha e ele não quiser..., essas coisas assim..., são bobas, né? mas é que por não conhecer..., se tu não conhece a pessoa tu fica com medo, mas se tu já tem um namorado..., tu já conversou com ele sobre isso..., ele sabe do jeito que tu quer..., como é que tu que é..., entendeu? ele já te conhece, ele sabe do que tu tem medo, entendeu?.ele sabe que tu quer camisinha não aquela pessoa que de repente saia fora de si e não.., eu não vou botar e tu vai transar comigo agora, entendeu..., esses pânicos, assim...” (Cristiane, 16 anos).

“Tenho medo de engravidar. E como é que vou comprar o remédio (anticoncepcional), o que vão pensar? Ah, ela anda transando por ai!.. Tenho muito medo que ele comente o que aconteceu. Tenho medo que meu pai descubra que eu não sou mais virgem, sabe, eu tenho muito medo disso” (Bruna, 15 anos).

Os meninos que iniciaram vida sexual referem ter sido entre 13 e 15 anos, todos tiveram relações sexuais em uma oportunidade específica com alguém com quem

estavam ficando, não se sentindo comprometidos com a situação. Os depoimentos expressam como foi para eles o início da vida sexual, em que referem a preocupação em não se comprometer tão jovens, especialmente, com uma situação de gravidez inesperada..

“É, a gente se conhecia, a gente era vizinho. Estava, estava sozinho..., só eu e ela. Ai rolou..., pra mim, foi isto, só sabedoria. Mais sabedoria... Ah, depois eu tive outras vezes com ela, né?. mas acho que foi a mesma coisa, tudo no mesmo, acho., a gente, naquela época não era..., como eu posso me explicar..., não falavam tanto em camisinha... Eu não sabia nada disto ainda” (Alexandre, 14 anos).

“... e foi com essa guria mesmo, mas só que depois, depois de algum tempo ela., ela já., ela já queria mais, sabe, dai eu já peguei e não fui mais... Lá, perto da minha casa, muitas gurias, sabe, elas querem namorar com o guri, quando vê já querem filho e já querem se prender já, dai eu não quis continuar. Ainda bem..., eu usei a camisinha” (Rodrigo, 15 anos).

Utilizando os estudos de Rieth, constatamos pelos depoimentos do grupo, que os arranjos de amor e sexo destes jovens “*abrangem uma coexistência do tradicional e do moderno, regendo as relações de gênero*” (1998, p.25), demarcando os significados da sexualidade e do afeto em suas vidas e conformando os múltiplos processos de construção do sujeito.

Não nos propomos a aprofundar as questões de gênero, que envolvem as perspectivas de amor e sexo relatados pelos jovens escolares, mas acreditamos que muitas concepções aqui apresentadas podem contribuir nas análises sobre as representações que possuem sobre a AIDS e na construção das atitudes de prevenção desta doença.

6.3-A AIDS interessa?... Quem conversa sobre isto?...

“Se escuta bastante, né? tem que se cuidar...” Tiago, 14 anos.
“Falam que é perigoso, que é transmissível, só falaram isto” Carla, 12 anos.

Os jovens escolares não referem interesse espontâneo sobre AIDS, mas a maioria (89%), quando abordamos o tema, informou que falar de AIDS interessa, embora não tenham o hábito de conversar ou buscar informações. Acreditam na importância de estar bem informados e informam que têm visto o assunto circular na mídia. Mas quatro jovens (11%) referem não gostar do tema. Este desinteresse apareceu nas mesmas proporções nos dois sexos e nas duas faixas etárias. A seguir, apresentamos algumas falas que ilustram os motivos do desinteresse sobre o tema:

“Não gosto de olhar e nem de conversar sobre isso. Porque com quem eu convivo no dia a dia ninguém sabe, ninguém da bola, ninguém fala isso daí” (Leandro, 16 anos).

“Não, porque.., no colégio as conversas são só sobre namorado, só isto que a gente fala..., as conversas são sobre namorado” (Tais, 15 anos).

A maioria dos jovens, ao serem questionados se já haviam conversado, alguma vez, sobre AIDS, respondiam quase que, unanimemente, no primeiro momento, “não”, mas, a seguir, complementavam a resposta, aprofundando a questão como vemos na fala de Cristina (10 anos): “Não.., Hamm..., a não ser com minha mãe, com meu pai...”

A princípio, parece que o primeiro impulso em responder “não”, de forma tão espontânea, está ligado ao significado de conversar, entendido como uma troca de opiniões em que dois ou mais interlocutores se manifestam sobre o assunto, mas o que veremos, a seguir pelos relatos das “conversas”, é que, na verdade, elas constituíram “monólogos”, não havendo interação. Dos entrevistados, 80% referiram ter conversado sobre AIDS, embora esta conversa tenha sido, na maioria das vezes, um processo unilateral, sem profundidade e, geralmente, com discursos que ditam regras de comportamento, como transparece nas falas:

“Ah, só a minha mãe.., não assim, mas só minhas tias mais alegres dizem, usa isso, usa aquilo, mas conversar, não, isso não costume, conversar sobre a AIDS, não” (Taide, 15 anos).

“Meu pai sempre fala isso pra gente, ‘tu que sabe o que tu faz’, tu vai sair com teu namorado, mas te cuida, só isso que ele fala..., é o maior medo dele é que a gente engravide ou que a gente pegue uma doença, sabe” (Rafaela, 16 anos).

“Uma psicóloga veio aqui, varias pessoas.., vieram também falar sobre AIDS, né?... mas aí... a única pessoa que eu converse,i assim, foi contigo..., mais nenhuma” (Janete, 10 anos).

Alguns jovens (20%) referiram nunca ter tido a oportunidade de conversar sobre AIDS, destes, 5 são meninas e 2 são meninos, percebemos que as meninas referem ser menos privilegiadas, neste aspecto.

Os locais em que os escolares entrevistados referiram ter recebido informações sobre AIDS foram: em casa (63%) e na Escola (28%). Os meninos (88%) relatam ter conversado em casa bem mais do que as meninas (50%) e referem como seus interlocutores as mães (53%), os pais (41%) e outros familiares (17%). As meninas

apontam, também, as mães (38%), os pais (11%), as madrastas (11%) e as irmãs (5%) como interlocutores, mas todos em uma proporção inferior às citadas pelos meninos. Na análise, deste aspecto, entre as duas faixas etárias, ou seja, dos 10 aos 12 anos e dos 13 aos 16 anos, não aparecem diferenças em termos percentuais.

Percebemos através das informações desses jovens que a AIDS tem pressionado os pais e as famílias, de forma geral, a abordarem assuntos considerados tabus como o início da vida sexual, o uso de preservativos e o uso de drogas injetáveis. Também, que eles o fazem, sem preparo e sem a vivência nesse tipo de situação. A forma encontrada para falar sobre um tema que também os constrange tem sido a informação normativa. Através da prescrição de normas de comportamento, as quais esperam que sejam cumpridas, eles imaginam estar protegendo os filhos e se sentem menos responsabilizados, caso “algo” venha a acontecer.

Observamos nas reuniões de pais e professores, promovidas pela Escola, que as dificuldades dos pais em lidar com o tema levam à tentativa de repassar a responsabilidade de conversar para a Escola. Essa tentativa de repassar o seu papel de educador para a Escola com as justificativas de que o trabalho os ausenta, que ficam pouco tempo com os filhos, que os jovens passam pelo menos um turno do dia na Escola, bem como, o fato de não saberem como realizar essa “tarefa”, não esta apenas no campo das relações afetivas e da sexualidade, ela nos parece permear toda a relação familiar e merece um espaço de reflexão e investigação particular.

Em casa localiza-se a fonte de informação mais citada, depois das conversas com os pais e familiares - a TV, pois 43% dos jovens referem ter assistido “alguma coisa” sobre o assunto nos noticiários ou em programas como – Erótica (MTV) e Programa

Livre (Canal 10) entre outros. A mídia tem um papel relevante como fonte de informação para este grupo de jovens, mesmo em relação à própria escola como retratam as falas de Camila (13 anos), Eduarda (14 anos) e Felix (11 anos).

“Já., já vi, tinha dado num canal da Net, que tava uma mulher falando sobre AIDS, era uma médica, falando sobre AIDS.”

“Vi no programa livre, que é sobre os gays sabe, falavam e xingavam eles de tudo que é jeito, sabe, que gay, ham.... gay, sabe, essas pessoas assim, eles..., eles tem relação com, com seu parceiro, depois passam AIDS pra eles.”

“Já, no MTV, naquele programa a erótica..., ele fala sempre sobre um monte de..., de..., a gente faz perguntas, dá pra mandar cartas, estas coisas..., e eles falam bastante coisa sobre esse assunto.”

No grupo de entrevistados (35 sujeitos) o resultado sobre as fontes de informação se diferenciam, um pouco, na sua ordem de citação, do grande grupo que respondeu o questionário (145 sujeitos), apresentado anteriormente. No grande grupo, a “Escola” aparece em primeiro lugar com 53,8%, “em casa”, em segundo lugar, com 30,4% e a “TV”, em terceiro, com 13,8%. No grupo dos entrevistados aparece, em primeiro lugar, “em casa”, 63%, a “TV”, em segundo lugar, com 43% e a “escola”, em terceiro lugar, com 28%.

No espaço da Escola, 29% dos meninos e 27% das meninas manifestaram terem participado de uma atividade que abordasse o tema, sendo que os interlocutores foram pessoas externas à comunidade escolar, que vieram como palestrantes, geralmente, profissionais da saúde como, enfermeira, médico e psicólogas. As formas pelas quais lembram terem recebido informações foram vídeo, palestra e cartazes, sendo que, no

caso de filmes, eles lembravam muito mais da história e trama do filme do que, propriamente, as informações sobre AIDS contidas neles. Um exemplo é a fala de Vinicius (14 anos):

“Sim, inclusive, a professora de português trouxe um vídeo sobre a AIDS, de um menino que..., ele não sabia que tinha AIDS, ele nascia com este problema de AIDS. Então, quando ele era pequeno, ainda, ele começou a sentir as reações, como é que vamos dizer, as reações da doença, os sintomas que ele tava sentindo, daí a mãe dele descobriu que ele tinha AIDS. Ela trouxe o vídeo para mostrar, mais ou menos como é que é....”
“E tu lembra assim o que aparecia ou o que eles falavam da AIDS?”
“Não, não me lembro.”

Embora digam ter recebido informações em casa, na TV e na escola, os jovens falam, vagamente, ou de forma genérica sobre estas informações, levando-nos a questionar a sua qualidade, pois dizem ter ouvido ou visto ‘muitas coisas’, que ‘estas coisas’ são interessantes, mas não conseguem falar sobre elas, não lembram bem o que foi visto, como nos mostram as falas a seguir:

“Hummm, o que nós conversamos? Eu e ela (a mãe) ficamos conversando, assim, sobre..., ela ficou me dizendo como prevenir essas coisas, eu não sei muito bem..., ela falava tem que usar camisinha pra prevenir” (Felix, 11 anos).

“Acho que sim, mas agora não me lembro, parece que era no 10 (TV), que tem uma mulher que fala sobre esses negócios, acho que tava vendo, mas agora não me lembro direito, já faz um tempão, só isso” (Andressa, 15 anos).

“Já li, aqui, até no colégio tem uns cartazes, não sei, não me lembro se tem ou tinha, mas eu acho que tem, sim”

Tu lembrás o que esses cartazes diziam ? “Não, é que eu acho que foi do outro ano que eu tava aqui, por isto é que não me lembro” (Roberto, 12 anos).

“Aqui na escola «a mesma coisa », que é pra gente se prevenir sempre, usar camisinha, não só na transa né? mas como, assim, injetar drogas, estes negócios, é tomar cuidado, que não é pra gente tomar drogas, também, nem pra se aplicar injeções assim, né?” (Gisele, 12 anos)

O que os Pais dizem aos filhos sobre AIDS?

“Ela falava que tem que usar camisinha pra prevenir...” Felix, 11 anos
“É, eles estão com medo que eu pegue né? não precisa ter essa doença.” Leonardo, 13 anos

Como vimos anteriormente os meninos referem mais freqüentemente das meninas ter conversado, em casa, sobre AIDS e as mães foram as principais interlocutoras, conversando com 53% dos meninos e 38% das meninas. Quando solicitado aos jovens relatarem o que os pais haviam conversado com eles a respeito da AIDS, a maioria descreve o momento vivido como a “escuta” de um alerta, um momento de aconselhamento no qual recebem um conjunto de “regras” e “cuidados” que precisam ser seguidos e não um dialogo, como mostram alguns exemplos:

“Ela sempre me falou, pra mim usar camisinha, meu pai também, sempre uma coisa assim, pra me prevenir. Só que eu lembro” (Roberto, 12 anos).

“Que ali um dia, um dia tava vendo TV, ai a minha mãe tava falando que tava dando essas, tipos de reportagem, ai a minha mãe começa falar que ..., não pode transar sem camisinha..., e..., tão difícil da pessoa se lembrar, assim” (Janete, 10 anos).

“Ah tomar cuidado, usar camisinha, isto né? coisas de mãe...” (Marcelo, 14 anos).

“Ela disse, minha filha assim..., ó..., quando tu for ter uma relação sexual com uma pessoa, daí..., daí tu usa camisinha, sempre camisinha, agora se a pessoa não quiser usar camisinha, tu cai fora, cai fora, é não, não, não, e pronto” (Eduarda, 14 anos).

Apenas um menino não lembra o que conversou com os pais e/ou familiares a respeito da AIDS, todas as meninas fazem referência sobre o que foi conversado com a mãe e/ou madrasta e o pai. As recomendações mais lembradas se referem à importância do sexo com preservativo que foi orientado pelas mães para 100% dos meninos e para 71% das meninas e, pelos pais, para 86% dos meninos e 50% das meninas.

“Minha mãe falou sobre a camisinha, sobre os riscos..., sobre as possibilidades de ser pai na adolescência, estes negócios assim sobre doenças venéreas, estes negócios normais” (Gustavo, 16 anos).

“Há a gente, a gente conversa sobre gravidez, sobre AIDS, que quando, quando não faz com camisinha pode pegar AIDS, pode pegar outras doenças também, e conversamos de gravidez e de namoro também, eu não gosto, eu não sou muito de namorar, mas ela vive falando que eu sou muito nova” (Camila, 13 anos).

“Ah, é que ela falou, que pra gente não ter AIDS, tinha que usar camisinha, né? Ela falou que não é pra fazer ainda” (Alex¹, 12 anos).

“Ah minha mãe diz que tem que se cuidar, tá sempre se prevenindo, usando camisinha, mais é pra mim né? não pelas minhas irmãs pequenas, ela tá sempre falando, que não é só transando que se pega AIDS, tem que se cuidar bastante, o principal, né?” (Márcia, 16 anos).

Algumas mães, nas conversas, com as filhas, salientam a importância de “se cuidar”, tomar cuidado com a AIDS, mas não dizem de que forma as filhas podem fazer isso. Apresentamos dois depoimentos sobre estas “conversas”, nas quais não aparecem a recomendação do uso da camisinha:

“Tem que se prevenir, ‘tem que tomar cuidado’, porque essa doença não tem cura. Eu tenho que me cuidar” (Bruna, 15 anos).

“Ah, minha mãe toda hora tá falando, que se a gente, por exemplo, quando a gente for mais velha, né? sair com uma pessoa é bom a gente conhecer bem ela, pra gente não pegar uma doença que possa ser ruim pra nós, né? Que, às vezes a pessoa pode não tá falando a verdade, a gente tem que, tem que conhecer bem a pessoa, e ‘é pra tomar cuidado’” (Gisele, 12 anos)

Salientamos que apenas duas meninas, entre as 18, referem ter conversado com o pai sobre AIDS e que elas relatam a conversa na terceira pessoa e depois informam que este dialogo foi a três, com meus pais, “eles” conversaram comigo, mas como vemos, também, neste caso, não ocorre um dialogo, mas recomendações no sentido de usar preservativo e regras de comportamento feminino, indicando como uma menina deve se comportar em relação ao namoro.

“Eles me ensinam assim..., tipo..., Ah, tem que se prevenir, o guri tem que usar camisinha, e também para não fazer sexo, alguma coisa assim, tem que ser mais velho, porque aí já teria uma cabeça mais evoluída. Também, Ah, nunca assim ficar se agarrando, assim numa praça, melhor ir para dentro de casa, né? que é bem melhor do que ficar ali na rua. É o que minha mãe diz, que daí é melhor..., o que ela mais fala é que é pra se prevenir, né? só depois que eu achar a pessoa certa..., daí sim eu posso pensar em algo mais além, né?” (Cristina, 10 anos).

Para a segunda menina que conversou com o pai sobre AIDS a informação foi mais vaga, dizendo que ela tome cuidado com pessoas estranhas: *“Meu pai? meu pai fala a mesma coisa, que é pra gente tomar cuidado, pra gente não se envolver com pessoas estranhas, né?” (Gisele, 12 anos).* Verificamos que recomendações de caráter

moral como não se envolver com estranhos ou não sair com desconhecidos, não protegem essas jovens do risco de contaminação pelo vírus HIV.

Nas recomendações paternas, lembradas por 7 meninos, os pais fazem, claramente, referência ao uso de preservativos e ao cuidado com pessoas “desconhecidas, da rua”, como exemplificamos:

“Meu pai, diz, usa camisinha. Ele acha que a gente não deveria sair com uma, hoje, outra, amanhã ou até no mesmo dia” (Gustavo, 16 anos).

“Às vezes meu pai incentiva, ‘se alguma vez tu sair e tiver relações sexuais com uma guria’, deveria usar camisinha, escolher a pessoa, às vezes fala quando vou sair ‘escolhe bem, não sai e pega qualquer uma de rua, que não conhece bem’.., e outras coisas” (Duda, 15 anos).

“Com meu pai eu conversei, normalmente, muito sobre isso...., ele fala para mim usar camisinha, pra mim me prevenir, comentou para mim me cuidar na rua, das mulheres, (risos)” (Ricardo, 16 anos).

As recomendações paternas marcam, de forma expressiva, as mulheres como fonte de contaminação. A relação homossexual não é sequer sugerida como possibilidade na vida desses jovens.

Concluindo essa primeira análise, verificamos que entre as duas faixas etárias, de 10 a 12 anos e de 13 a 16 anos, os mais jovens referem ter recebido mais informações em casa (75%) do que os jovens de 13 a 16 anos (69%) e que os meninos (88%) receberam mais informações que as meninas (50%). Portanto, os que mais conversaram em casa sobre AIDS foram os meninos entre 10 e 12 anos e os que menos conversaram foram as meninas de 13 a 16 anos.

O que as “pessoas” dizem aos jovens sobre AIDS?

**“Sempre usar a camisinha, nunca deixar de levar a malícia de sempre, né?
Ah, e muito mais coisas que eu não sei explicar...,”** Leonardo, 10 anos

Um terço dos jovens refere ter recebido informações de pessoas externas a sua família, sendo que destes, 25% faz referência a contato com profissionais da saúde, geralmente, na escola e 9% refere-se a amigos e/ou namorados.

Segundo os jovens, os discursos dos interlocutores da área da saúde são semelhantes aos dos pais, na sua forma prescritiva e normativa, embora o número de informações seja maior e o seu conteúdo mais completo, como pode ser observado nos depoimentos sobre o que foi abordado nestas atividades.

“Acho que o básico, né? sobre a camisinha, como pode ser transmitido, estas coisas. Falaram sobre as doenças que sem camisinha podem ser transmitidas, um monte de coisa.., e foi sobre sexo e a gente fez um monte de perguntas também, um monte. Todo mundo tem que se prevenir, né? Pensa, hoje, sobre o que vem depois...” (Felix, 11 anos).

“Ah, como se pega, como se faz pra prevenir, né? e como se usa uma camisinha, que eles mostram nas palestras, e outras doenças também transmissíveis, porque as pessoas, geralmente, só conhecem a AIDS, né?. Elas não conhecem as outras doenças, elas sabem o que são, mas não conhecem os sintomas e as maneiras de prevenir, se tu perguntar o que é AIDS, eles vão saber responder, mas se tu perguntar o que é outras, outro tipo de doença sexualmente transmissível eles não vão saber responder, porque eles não sabem o que é aquela doença, como se pega, como transmite, assim como se faz pra se prevenir, se tem cura ou se não tem” (Rafaela, 16 anos).

Segundo os jovens, em todas as conversas e/ou palestras, os profissionais da saúde fizeram a indicação do uso da camisinha e a referência ao cuidado com o uso de drogas injetáveis. Mas os jovens não sabem dizer muito mais destes encontros eventuais. O que nos leva a formular a indagação sobre a eficiência deste trabalho de educação em saúde.

Os trabalhos de prevenção e educação em saúde possuem uma tendência a desconsiderar as influências do meio no processo saúde-adoecimento e tratam a doença como resultado de comportamentos individuais inadequados. Assim, para se manterem saudáveis, os indivíduos precisam adotar comportamentos julgados corretos e atividades, neste sentido, têm sido divulgadas junto ao sistema de educação formal como estratégia para transmissão das informações julgadas importantes, e também, para prevenção da AIDS e da gravidez na adolescência. Os profissionais da saúde são chamados para estes momentos com hora, local e objetivo definido e informam os riscos destes e daqueles comportamentos para que as pessoas tentem evitá-los. Esta estratégia de, simplesmente, repassar informações, a nosso ver, não tem funcionado muito bem, o comportamento humano não é isolado do contexto sociocultural. Os processos que envolvem as mudanças de comportamento não são simples e diretos, como uma equação matemática, para a qual se somam informações.

O fato de introduzirmos no cotidiano desses jovens informações não significa uma mudança comportamental, como nos diz Gustavo (16 anos), quando questionado: Tu acha que com informação o jovem muda seu comportamento? *“Mudar eu não diria, mas ele estaria bem mais ciente do que está fazendo!...”*

Considerando o que refere Oliveira, “*o preparo para tratar das questões relativas à sexualidade tem pouco a ver com formação acadêmica do educador e muito a ver com a postura frente a vida*” (1998, p.101). Portanto, acreditamos ser fundamental a desmistificação da idéia de que o bom educador sexual é o profissional da saúde. Ele poderá ser o profissional da saúde, mas poderá ser o professor, os pais, desde que não se supervalorizem os conhecimentos sobre o funcionamento do corpo humano, mas, sim, o como lidamos socialmente com este corpo. Os jovens, geralmente, nos questionam sobre a sexualidade, no seu sentido mais amplo, sobre afetividade e as relações amorosas, mas a preocupação dos adultos é responder sobre a objetividade da questão e das técnicas, de como se faz, e não consideram a subjetividade e o que se sente.

Segundo Lage (1996), os terapeutas, acostumados ao dialogo com jovens, insistem no fato de que a concepção de educação sexual precisa ser clara. As concepções adultas, nesse domínio, fazem, seguidamente, confusão entre educação sexual e educação afetiva. Os adolescentes interrogam sobre o amor e os adultos informam sobre as técnicas da sexualidade. Isto tem, como consequência, o fechamento do jovem em uma sexualidade infantil, que limita o desenvolvimento da afetividade. A maturidade afetiva depende da articulação entre a afetividade e a genitalidade e necessita de um trabalho psíquico e não de experiências precoces em matéria de sexualidade.

Para essa autora, os jovens, nos tempos atuais, sofrem seguidamente mais dificuldades afetivas do que dificuldades sexuais. Esta concepção de educação sexual, que trata mais sobre as técnicas e hábitos do que da interação física e afetiva é a que mais aparece e influencia os trabalhos da mídia que tratam da sexualidade dos adolescentes (Ibidem).

Os jovens, com os quais trabalhamos, atravessam um momento de vida em que necessitam se distanciar da sexualidade infantil, caracterizada pela busca do prazer egocêntrico, e buscar a construção de uma sexualidade adulta. Isto passa pela etapa de elaboração do desejo, em que se procura o prazer por meio do encontro com o outro. Se esta experiência for bem sucedida, com a ajuda dos adultos a sua volta, o jovem consegue chegar à maturação psicológica necessária ao estabelecimento da ligação afetiva que, certamente, contribuirá para a vivência da sua sexualidade.

As conversas com outros jovens sobre o tema

“Ah, não, a gente não conversa muito sobre isso, a gente conversa de outras histórias”

Camila, 13 anos

Os jovens de 10 a 16 anos, nossos interlocutores, vivem uma fase de vida de intensas modificações biofisiológicas e psicológicas, bem como são interpelados pela necessidade de assumir novos comportamentos e papéis sociais. Eles costumam observar, estarecidos, as transformações que sofrem rapidamente e, também, as observam nos outros, com os quais se comparam.

Conforme Lage (1996), a perplexidade ante o desconhecido pode ser diminuída quando eles trocam com seus pares. As comparações com os outros servem de referência para eles controlarem suas próprias transformações e ajudam na elaboração de um comportamento novo ante o outro sexo como, também, na gestão do mal estar que têm diante dos adultos, pais e professores. O grupo de amigos oferece, neste período, a principal sustentação. Eles exprimem por brincadeiras as tensões que sentem.

As conversas e brincadeiras sobre questões que envolvem a sexualidade e as relações afetivas são freqüentes na sala de aula e no recreio, para ambos os sexos e faixas etárias. É claro que com o amadurecimento psicológico os mais velhos vão ficando mais sutis em suas piadas e brincadeiras. Os meninos, seguidamente, satirizam e vulgarizam a figura feminina e as meninas sonham e idealizam a figura masculina. Nesta idade, os psicólogos são unânimes em afirmar que a “bobagem” tem um papel de defesa importante por permitir a abordagem da sexualidade de uma maneira em que se fala do assunto sem querer tocar diretamente no tema (Ibidem).

Nesse sentido, brincar e conversar com os amigos da mesma faixa etária tem um papel importante, nesta fase. Os jovens pesquisados informam que gostam de conversar com os amigos, mas que a AIDS não costuma ser o assunto mais freqüente da roda de conversas. O assunto que mais conversam, neste momento, é sobre namorar, ficar e sobre sexo. Eles contam que adoram trocar confidências sobre quem está paquerando quem, e aproveitam o recreio para se exercitar nos jogos de troca de olhares, bem como ensaiar conversas.

Sobre a AIDS, embora seja um assunto pouco falado de forma espontânea entre eles, a maioria informa que se for oferecida oportunidade de conversar sobre o tema, eles se interessam, participam e que isto propicia comentários posteriores, entre o grupo, sobre os aspectos vistos na atividade. Alguns depoimentos ilustram esta questão.

“... com a minha colega, assim, a gente não conversa, no colégio, sabe, eu nem me lembro de conversar sobre isto, mas quando tão discutindo em grupo dai eu me interesso, sabe, ai vou conversar com a pessoa, é isto” (Eduarda, 14 anos).

“Só com meu namorado, que a gente conversa bastante sobre isso. Ah eu digo pra ele, se caso um dia ele for fazer alguma coisa, pra ele se cuidar, e o mesmo ele fala pra mim, só que ele não traga nada pra mim e eu pra ele, só” (Márcia, 16 anos).

“Não converso, só nas palestras, assim, com os meus pais eu não converso muito isso, com ninguém sabe. Minha mãe também não é de perguntar muito de perguntar isso. O meu pai, também, então, por isso que, às vezes a gente conversa sobre isso, é nas palestras só...” (Rafaela, 16 anos).

As entrevistas - uma oportunidade de diálogo

“... dá uma vergonha, assim, só que depois vai ser bom...” Sonia, 13 anos.
“Eu achei legal porque eu tava louco para vir aqui... (risos)” Felix, 11 anos.

Nos dias agendados para as entrevistas, os escolares chegavam à sala de encontro num misto de ansiedade e curiosidade sobre o que seria perguntado e manifestavam sua opinião ou expectativa, quando questionados sobre o fato de terem sido sorteados e convidados para uma entrevista sobre AIDS. Apenas 2 meninos (10 e 11 anos) não emitiram opinião, dos 35 sujeitos entrevistados. As falas demonstravam o interesse e expectativa por estarem participando de uma pesquisa, as quais exemplificamos a seguir:

“Eu gostei muito, mas, mesmo assim, eu já sei, minha mãe sempre fica falando, sempre quando tem, como vou dizer, pesquisa sobre isso, aqui na escola, como é que vou dizer, dão papel sobre AIDS aqui, daí eles ficam falando, eu nunca deixei de vir”(Carla, 12 anos).

“Eu achei uma boa, a gente diz todas as coisas que a gente acha...”(Ricardo, 16 anos).

“Ah, primeiro eu tive medo, bah! eu disse bah! o que vão perguntar, coisas absurdas bah!, nem sei o que vou responder, mas depois eu falei, assim, ah, mas eu acho que eu não, que eu não sei o que vão perguntar, eu quero vê, né? mas é bom” (Camila, 13 anos).

Os jovens, de ambos os sexos, manifestaram interesse em conversar sobre esse tema e a expectativa de que a entrevista fosse um momento em que poderiam trocar informações e adquirir novos conhecimentos, pela possibilidade de estarem com alguém que era considerado, na sua avaliação “mais velho” e trabalhava na área da saúde.

“Ah, eu achei bom, por causa que é uma coisa que se a gente não sabe, a senhora vai explicar pra gente, vai esclarecer tudo” (Roberto, 12 anos).

“Gostei ..., porque eu vou saber mais do que eu sei, por causa que me perguntam e se eu respondo alguma coisa errada, aí tu me fala que não tá certo né? (risos)” (Janete, 10 anos).

“Bom, eu pensei que era uma, uma orientação para mim, né? Daí eu vi um negócio sobre a AIDS que a senhora, senhora falou..., eu achei que era uma boa coisa para mim” (Alexandre, 14 anos).

“Eu achei interessante, porque eu gosto de participar desse tipo de coisa, sabe, que daí eu aprendo mais e eu passo um pouquinho do que eu sei para os outros, porque sempre é bom aprender mais do que tu sabe, pra ti,... sei lá,... pra não ficar não digo, burra, mas se outros perguntarem alguma coisa tu saber responder, eu acho isto legal” (Rafaela, 16 anos).

Um aspecto que consideramos relevante foi que as entrevistas tiveram um clima de cumplicidade, considerando que abordamos temas que dizem respeito à esfera privada dos sujeitos. Esta estratégia de pesquisa permitiu que a experiência pessoal fosse revelada e se estabelecesse um vínculo de confiança com o qual o pesquisador assume o compromisso de sigilo. Os depoimentos, a seguir, dão um indicativo da importância da confiança-cumplicidade, estabelecida entre entrevistador-entrevistado, quando esses jovens nos dizem:

“Eu to me abrindo, me aliviando um pouco, porque eu adoro desabafar com alguém mais velho” (Bruna, 15 anos).

“Ah, eu acho legal, só que a gente fica nervoso, não sabe..., antes a gente fica nervoso, por causa, não sabe o que a senhora vai perguntar o que? não é?.. mas eu não fiquei, eu não tinha nada demais, era só eu e a senhora, né?” (Roberto, 12 anos).

Um dos motivos que pode ter facilitado o clima de troca de informações efetivas durante as entrevistas é a costumeira disposição que os jovens têm de falar e ouvir sobre sexualidade. Eles relatam suas curiosidades, expectativas e dificuldades sobre este tema que referem como central neste momento de vida, como no diz Eduarda (14 anos):

“Ah eu achei legal, gostei muito, eu gosto de participar das coisas sabe, é que... neste ano eu não podia participar de muita coisa sabe, mas este ano, agora pra mim, é a primeira coisa que eu posso participar, então pra mim é um prazer, uma coisa boa sabe, expressar o que eu sei, falar o que eu sei, aprender alguma coisa mais, eu to gostando, eu gostei de ser sorteada. Ah, foi bom, tirei as duvidas do que me esqueci de perguntar pra minha mãe, tirei hoje, tá ótimo”.

Salientamos que as entrevistas, muitas vezes, excederam os 30 minutos previstos, originalmente, para sua duração, pois muitos, em especial, as meninas, detiveram-se em relatar, com minúcia, a sua história sentimental e suas concepções sobre vida afetiva e questões relativas á contaminação e prevenção da AIDS.

Antes do encerramento da entrevista, foi aberto um espaço para que eles perguntassem sobre assuntos do seu interesse. Após a troca de papéis de entrevistador e entrevistado, finalizamos a entrevista e solicitamos uma avaliação do momento. Todos os sujeitos avaliaram de forma positiva a entrevista, até mesmo os dois meninos que não

expressaram nenhuma opinião ou expectativa, ao iniciar a atividade. Em seqüência, trazemos alguns trechos destas avaliações:

“Bom, principalmente, agora, né, por causa que ..., tu explicou o que eu não sabia, eu gostei assim, gostei mais de ser sorteada, por causa da entrevista, achei legal, mais nada” (Janete, 10 anos).

“Ah, eu gostei, porque eu até já fiz isso uma vez, porque eu já perdi um tio meu com AIDS, aí a minha mãe uma vez foi numa palestra, eu até falei também a questão dele, porque a minha mãe não quis falar, daí eu falei, que ele morreu de AIDS, também” (Márcia, 16 anos).

Outro aspecto interessante, durante o trabalho de campo, foi o fato de que ficávamos na escola, à disposição dos entrevistados, durante toda tarde. Em um destes momentos, uma menina nos procurou, dizendo que não poderia aceitar a entrevista, exceto se a realizássemos sem o termo de consentimento dos pais, porque se pedisse para a mãe assinar, ela ficaria pressionando para saber o que nós teríamos conversado. Ela não queria passar por isto, pois estava namorando escondido. Conversamos sobre o que ela sentia vontade de expressar, de maneira informal, e explicamos que o fato dela não realizar a entrevista para pesquisa não impedia de conversarmos mais vezes na escola. Combinamos que ela passaria sua vaga para a suplente da turma e que ela poderia nos procurar na escola ou no “posto” de saúde, se sentisse necessidade. No mês seguinte, esta menina e o namorado nos procuraram, na Unidade de Saúde, para fazer um teste de gravidez e conversar sobre anticoncepção.

A busca de uma oportunidade para o diálogo, manifestada por vários escolares, tanto no momento da entrevista como fora dela, de maneira informal, no “recreio”,

demonstram a necessidade de ampliarmos estes espaços. Também, que o interesse na AIDS não é espontâneo, neste momento para a maioria deles, mas ele aumenta à medida que os jovens se aproximam da decisão de ingressar na vida sexual ativa.

Em todas os relatos sobre o que escutam dos pais, dos professores e dos profissionais da saúde, eles são unânimes em informar que não conseguem fazer uma interação maior com os adultos e nem estabelecer uma relação de confiança, com abertura suficiente para expor os seus sentimentos.

6.4 O que nós sabemos sobre AIDS

“AIDS, eu sei que é uma doença muito perigosa, que pode levar à morte” Carla, 12 anos.
“... é uma doença que não tem cura e que mata... o vírus, destrói os anticorpos” Gustavo, 16 anos.

O nível de conhecimento quantitativo e qualitativo dos jovens sobre a AIDS é um dos fatores fundamentais quando pensamos na possibilidade de prevenção desta epidemia. De forma geral, a maioria dos jovens, na faixa etária de 13 a 16 anos, de ambos os sexos, informa que a AIDS é uma doença sexualmente transmissível, causada por um vírus, que não tem cura, portanto, perigosa, pois leva a morte. As meninas acrescentam a estas informações que é uma doença que traz tristeza e sofrimento. Neste grupo etário as informações são mais claras, demonstrando maior cognição do que na faixa dos 10 aos 12 anos. Os depoimentos que seguem mostram algumas definições que este grupo etário possui sobre a doença:

“Ah, que AIDS, assim, em pouco tempo, não se manifesta, mas ao passar dos anos, sim, ela vai começando a se manifestar, em pouco tempo mata, que eu ouvi foi isto” (Vinicius, 14 anos).

“Ah, eu sei, parece que primeiro é o vírus, até depois ficar a doença, até estes tempos, um amigo meu, morreu de AIDS, ele pegou por seringa” (Rodrigo, 15 anos).

“Ah., eu sei que é uma doença sexualmente transmissível, que mata. Tem que se cuidar” (Ricardo, 16 anos).

“Ah., pra mim é o fim da vida, né? uma doença assim que dá tristeza....” (Débora, 14 anos).

“Acho que sintomas da AIDS são prejudiciais e tal, mas na minha opinião, a pior coisa é tu ver o sofrimento da pessoa, eu não consigo ver o sofrimento da pessoa, ou seja, ela sabe que tá com a AIDS, eu não agüento!..” (Tais, 15 anos).

“Bom, sei que ela é uma doença sexualmente transmissível, que as meninas têm que se precaver, usar camisinha e tal” (Rafaela, 16 anos).

Na faixa etária, dos 10 aos 12 anos, a maioria dos jovens informou, de maneira mais vaga, sua percepção da doença. Na fala dos meninos apenas um refere que a doença não tem cura e os demais silenciaram com a pergunta, informando, no decorrer da entrevista, apenas as formas de contágio e referindo-se ao uso da camisinha. Nas falas de metade do grupo de meninas aparece a informação de que é uma doença sexualmente transmissível que leva à morte e, nas demais, a resposta é vaga ou também silenciaram com a pergunta. Prosseguindo relatamos duas citações que ilustram estes aspectos:

*“Humm, não dá para curar, né?”
E o que tu acha, dá ou não dá? “Acho que não (risos)” (Felix, 11 anos).*

*“Muita pouca coisa (risos).
Para mim não é uma coisa muito boa, né?” (Janete, 11 anos).*

Aprofundando a avaliação cognitiva, de acordo com Camargo (1998c), em seu “Estudo do conhecimento, das atitudes e dos aspectos de comunicação relativos à prevenção da AIDS, dos estudantes das 3^{as} séries da escola Técnica Federal de Santa Catarina”, utilizamos dois indicadores dos conhecimentos que os jovens dispõem sobre a AIDS: o primeiro relativo a sua transmissão e, o segundo, diz respeito às formas de se proteger contra esta doença.

Salientamos que a metodologia utilizada para coleta dos dados, desta parte do estudo foi a entrevista e a população pesquisada foi de 35 sujeitos, sendo, portanto, diferente da metodologia utilizada por Camargo (questionários e 164 sujeitos). Embora existam estas diferenças metodológicas importantes, que não permitem uma comparação, utilizamos os percentuais encontrados por Camargo como uma referência, pois ainda não dispomos de muitos estudos publicados, nesta área, que avaliem desta forma os níveis de conhecimento dos jovens em relação a AIDS.

A Tabela 9 mostra o conhecimento das vias (vetores¹⁸) associados à transmissão da AIDS, que são apresentadas em suas proporções, em toda amostra, por sexo, e os números por faixa etária e sexo.

¹⁸ Utilizamos em alguns momentos a denominação de vetores adotada por Camargo (1998c), embora nas ciências biológicas e para a epidemiologia, o termo vetor seja utilizado apenas para organismos vivos. Os elementos aqui denominados, de vetores, receberiam segundo a biologia a classificação de veículos e/ou vias de transmissão da AIDS.

TABELA 09- Conhecimento das vias associadas à transmissão da AIDS entre jovens escolares de 5ª a 8ª series, de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, 1999.

Vias citadas	% de estudantes	♂	♂	% ♂	♀	♀	% ♀
		10 a 12	13 a 16		10 a 12	13 a 16	
Sexo	97,2	5	11	94,1	7	11	100,0
Seringa usada	65,7	3	8	64,7	3	9	66,7
Transfusão	28,6	1	5	35,3	2	2	22,2
Sangue	14,3	1	2	17,6	-	3	16,7
Mãe-criança	14,3	-	2	11,7	1	2	16,7
Outros* (verdadeiros)	11,4	-	2	11,7	-	2	11,1
Outros** (Falsos)	17,1	-	2	11,7	1	3	22,2
N***	35	5	12	17	7	11	18

Fonte: Pesquisa direta, Ferreira, S.R.S. Coleta de dados por meio de entrevistas, Porto Alegre, nov., 1999.

Nota 1: O número total de respostas foi de 87 e a média foi de 2,48 respostas por estudante

Nota 2: ♂= sexo masculino ♀= sexo feminino

10 a 12 e 13 a 16 = faixa etária de 10 a 12 anos e faixa etária de 13 a 16 anos.

Nota 3: * = contato entre feridas, tatuagem. **= talheres, mosquito, copos, beijo, absorvente feminino.

N=*** universo de sujeitos.

A transmissão sexual foi a forma mais lembrada pelos jovens, durante a entrevista. A transmissão sangüínea, também, foi bastante lembrada, seja por sua designação genérica pela palavra “sangue” ou “uso de seringa usada”, ou ainda a situação de “transfusão sangüínea”. A transmissão vertical mãe-criança foi pouco evocada e, de acordo com Camargo, *“isto parece estar relacionado com a falta de saliência do fenômeno da gravidez, ao menos intencional nessa faixa etária”* (1998c p.3).

Os resultados da análise das vias (vetores) de transmissão da AIDS, relatados pelos jovens escolares de 5ª a 8ª séries, deste estudo, são muito semelhantes aos

resultados encontrados por Camargo, no seu estudo com estudantes das 3^{as} séries do segundo grau.

Para estimar o nível do conhecimento que os estudantes têm sobre a transmissão da AIDS, utilizamos também o índice construído pelo mesmo autor, no estudo acima citado, o qual classifica os jovens em função da configuração das suas respostas, considerando a composição dos itens lembrados. Nesta classificação, consideramos como vias (vetores) principais de transmissão o sexo, a via sangüínea e a transmissão vertical. Os estudantes classificados, como portadores de um nível de conhecimento inferior sobre a transmissão da AIDS, citaram apenas uma das três vias principais, na sua maioria, o sexo. Aqueles, com nível de conhecimento médio, citaram, pelo menos, duas vias principais e aqueles com nível superior evocaram as três vias principais.

Observamos, na Tabela 10, a seguir, que 24 jovens (68,6%) apresentam um nível médio de conhecimento sobre a transmissão da AIDS, 8 (23,8%) apresentam um nível inferior e 3 (8,6%) um nível superior. Analisando os resultados por faixa etária, somando o número de sujeitos com nível médio com os de nível superior, verificamos que o nível de conhecimento dos 10 aos 12 anos é menor que dos 13 aos 16 anos.

TABELA 10- Nível de conhecimento sobre a transmissão da AIDS entre escolares de 5ª a 8ª series, de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, 1999.

Nível de conhecimento	% no grupo de jovens	%		% ♂		% ♀		% ♀	
		10 a 12	13 a 16	10 a 12	13 a 16	geral	10 a 12	13 a 16	geral
Inferior	23,8	25,0	21,7	40	25	29,4	14,3	18,2	16,7
Médio	68,6	75,0	65,3	60	66,7	64,7	85,7	63,6	72,2
Superior	8,6	-	13,0	-	8,3	5,9	-	18,2	11,1
N*	35	12	23	5	12	17	7	11	18

Fonte: Ibidem

Nota: ♂= sexo masculino ♀= sexo feminino

10 a 12 e 13 a 16 = faixa etária de 10 a 12 anos e faixa etária de 13 a 16 anos

N=*universo de sujeitos

Na análise por sexo observamos que as meninas possuem um nível de conhecimento homogêneo, mas os meninos possuem diferença nos percentuais entre as duas faixas etárias, sendo que os mais jovens possuem um nível de conhecimento inferior ao dos mais velhos. Comparando os sexos e faixas etárias, observamos que as meninas mais jovens possuem um nível de conhecimento superior ao dos meninos e na faixa etária dos 13 aos 16 anos a diferença diminui. Portanto, o menor nível de conhecimento encontrado foi no sexo masculino, na faixa de 10 a 12 anos e o maior no grupo das meninas de 13 a 16 anos, provavelmente, em razão da fase que atravessam, pois os meninos se interessam pelas questões relativas à vida afetiva e sexual mais tarde, se comparados com as meninas.

Prosseguindo na apresentação dos resultados, a Tabela 11 informa sobre o conhecimento a respeito de como se proteger da AIDS. As medidas evocadas são

apresentadas em suas proporções, na amostra entrevistada, em que verificamos que 80% do grupo de estudantes consideraram o preservativo como medida protetora contra a AIDS.

TABELA 11- Conhecimento sobre medidas de proteção contra a AIDS entre escolares de 5ª a 8ª séries, de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, 1999.

Medidas evocadas	% de jovens	% ♂			% ♀		
		10 a 12	13 a 16	Total	10 a 12	13 a 16	Total
Preservativo	80,0	60,0	83,3	76,5	85,7	81,8	83,4
Seringa própria	20,0	-	25,0	17,6	-	36,4	22,3
Não usar drogas	11,4	20,0	8,3	11,7	14,3	9,0	11,1
Cuidado na transfusão de sangue	2,8	-	8,3	5,8	-	-	-
Ineficazes*	20,0	-	16,7	11,7	14,3	36,3	27,7
Não sabe	20,0	40,0	16,7	23,5	14,3	18,2	16,6
N**	35	5	12	17	7	11	18

Fonte: Ibidem

Nota 1: ♂= sexo masculino ♀= sexo feminino

10 a 12 e 13 a 16 = faixa etária de 10 a 12 anos e faixa etária de 13 a 16 anos

Nota 2: * = Fidelidade, Não andar com quem tem, Evitar muitos parceiros.

N**=universo de sujeitos

No Estudo de Camargo (1998c), somente 61% dos estudantes de 2º Grau (de 16 a 26 anos), de uma Escola em Santa Catarina, consideraram o preservativo como uma medida protetora. Este índice, comparado pelo autor, com uma amostra, de jovens franceses, em estudo equivalente¹⁹, aponta, que 91,3%, deles se referiram ao

¹⁹ Camargo, B. V. Communication et prévention du sida:études sur le rapport entre l'information télévisuelle, les représentations sociales et la pratique préventive chez les jeunes lycéens. EHESS:Thèse de Doctorat em Psychologie Sociale. Paris. 1997, 438 p.

preservativo como medida protetora. Constatamos, neste estudo, na faixa etária mais jovem, percentuais em torno de 20% mais altos do que os encontrados, por Camargo, numa faixa etária superior. Embora a questão do método não possibilite maiores comparações, não levantamos, neste momento, fatores explicativos que justifiquem esta indicação. Pensamos que esta diferença possa, talvez, indicar a possibilidade deste grupo de jovens escolares utilizarem com mais frequência o preservativo ao ingressarem na vida sexual ativa.

Outro aspecto interessante, neste estudo, mostra um percentual pequeno (20,0%) de jovens que citaram medidas não eficazes para se proteger do HIV, enquanto no estudo de Camargo (1998c) 40,2% dos estudantes mencionaram medidas ineficazes. Com referência a esta questão, analisando-a numa perspectiva de sexo, observamos que mencionam medidas ineficazes (fidelidade, não andar com quem tem e evitar muitos parceiros) apenas dois meninos. As demais evocações foram feitas pelas meninas, em uma proporção maior ainda pelas meninas de 13 a 16 anos. Este resultado tem a ver com as culturas de gênero implicadas na vida sexual e reprodutiva. As mulheres são, socialmente, mais cobradas quanto à fidelidade, a cuidar com quem anda e em evitar uma vida sexual com uma variação de parceiros. Isto pode ser observado nas recomendações dos pais e familiares, embora estas condutas não venham a protegê-las efetivamente do risco de contaminação sexual pelo vírus HIV.

Os homens são estimulados a uma vida sexual precoce e a variação de parceiras é vista como natural, não ocorrendo cobranças mais efetivas a respeito de quem são suas companhias no campo sexual. A recomendação que vem dos pais é a de que se cuidem,

usando o preservativo, medida que, neste aspecto, pode protegê-los muito mais do risco de uma contaminação por via sexual.

Retomando a análise dos percentuais de evocação do preservativo, apenas por faixa etária, encontramos no grupo de 10 a 12 anos o percentual de 75% e no grupo de 13 a 16 anos o percentual bem mais elevado de 82,6% (dados não descritos na Tabela). Incluindo a análise por sexo, verifica-se que entre as meninas os percentuais encontrados são mais homogêneos e entre os meninos o percentual decresce com a idade, o que atribuímos também à maturidade mais tardia dos meninos.

Quanto à medida de usar seringa própria, na faixa etária de 10 a 12 anos, o uso não foi evocado e na faixa de 13 a 16 anos aparece com percentual de 30,4%. A fidelidade e o cuidado nas transfusões de sangue, também não foram lembradas na faixa etária mais jovem de ambos os sexos. A transfusão de sangue só foi evocada pelos meninos mais velhos.

Um grupo de 7 jovens (20%) referiu não saber como enfrentar a epidemia da AIDS nem como se proteger. Analisando as respostas, verificamos que os percentuais são, em primeiro lugar, mais altos no grupo mais jovem e, a seguir, comparativamente, também são maiores no grupo dos meninos do que no grupo das meninas. Portanto, observamos que os meninos, na faixa etária de 10 a 12 anos, conhecem menos as medidas de proteção contra AIDS e as meninas, na faixa de 13 a 16 anos, conhecem mais.

Esse resultado é curiosamente inverso ao resultado do Item 4.2, sobre fontes de informação, em que os meninos de 10 a 12 anos referem ter recebido mais informações em casa e as meninas de 13 a 16 anos menos informações. Talvez, as meninas conheçam

mais sobre o assunto por outras fontes como a escola e a TV. Também, existe a possibilidade de que isto seja em razão do amadurecimento cognitivo e a capacidade de receber informações abstratas, decodificá-las e transformá-las em discurso, o que aumenta com o passar do tempo privilegiando assim a faixa etária dos 13 aos 16 anos. Constatamos também que o interesse no tema é maior nas faixas etárias mais avançadas, facilitando a apreensão das informações recebidas.

Buscando uma classificação quanto ao nível de conhecimento sobre a proteção contra a AIDS, também adotamos a classificação de Camargo (1998c), na qual ele considera como um nível inferior de conhecimento aqueles jovens que não citaram o preservativo ou evocaram medidas ineficazes. Como um nível médio de conhecimento, o autor considera quando evocam o preservativo, associado ou não a outras medidas sexuais, sem mencionar medidas de prevenção da contaminação sangüínea, e um nível superior quando evocam medidas que protegem tanto da contaminação sexual como da sangüínea.

Na Tabela 12, apresentamos, em proporções, o nível de conhecimento sobre a proteção contra a AIDS no grupo de estudantes, nas faixas etárias de 10 a 12 e de 13 a 16 anos, no sexo masculino e feminino, por faixa etária e agrupados. Como podemos observar, 22 jovens (62,8%) apresentaram um nível de conhecimento médio, 7 (20%) um nível superior e apenas 6 (17,2%) um nível inferior.

TABELA 12- Nível de conhecimento sobre a proteção contra AIDS entre escolares de 5ª a 8ª series, de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, Porto Alegre, 1999.

Nível de conhecimento	% no grupo de jovens	% 10 a 12	% ♂ 13 a 16	% ♂ 10 a 12	% ♂ 13 a 16	% ♂	% ♀ 10 a 12	% ♀ 13 a 16	% ♀
Inferior	17,2	25,0	17,4	40	16,7	23,5	14,3	18,2	16,7
Médio	62,8	75,0	52,2	60	58,3	58,8	85,7	45,4	61,1
Superior	20,0	-	30,4	-	25,0	17,7	-	36,4	22,2
N*	35	12	23	5	12	17	7	11	18

Fonte: Pesquisa direta, Ferreira, S.R.S. Coleta de dados por meio de entrevistas, Porto Alegre, nov., 1999.

Nota 1: ♂= sexo masculino ♀= sexo feminino

10 a 12 e 13 a 16 = faixa etária de 10 a 12 anos e faixa etária de 13 a 16 anos.

Nota 2: N=* universo de sujeitos.

Analisando os resultados apenas por faixa etária, observamos que o grupo mais velho possui um nível de conhecimento maior que os mais jovens. Prosseguindo a análise e levando em consideração o sexo dos entrevistados, verificamos que as meninas possuem um nível maior de conhecimento do que os meninos. Nesta Tabela, também, podemos observar que os meninos de 10 a 12 anos apresentaram o nível mais baixo de conhecimento e as meninas mais velhas o nível mais alto.

Os resultados indicam um nível médio de conhecimento que os jovens dispõem sobre a AIDS, em relação aos dois indicadores utilizados, ou seja, o relativo a sua transmissão e o relativo às formas de se proteger da doença. Neste grupo de jovens os resultados foram homogêneos nos dois indicadores utilizados, confirmando que os meninos de 10 a 12 anos apresentam o nível mais baixo de conhecimento e as meninas mais velhas o nível mais alto e que, de forma geral, as meninas, em ambas as faixas etárias, possuem um nível de conhecimento maior do que os meninos.

O que não sabemos, ainda queremos saber?...

“eu quero ter relação sexual quando crescer, eu tenho que ir no médico para fazer exame pra ver se eu tenho AIDS?” Manoela, 11 anos

Na parte final da entrevista foi aberto espaço para que os jovens manifestassem as dúvidas ou curiosidades em relação à AIDS e, também, relativas ao namoro e à sexualidade. A maioria do grupo referiu não ter dúvidas ou perguntas sobre AIDS, mas praticamente todos eles fizeram pelo menos uma pergunta relativa as situações de namoro e sexualidade. As perguntas e curiosidades separam-se nitidamente em dois campos: o campo da doença e o campo das relações afetivas. O sexo perpassa esses dois campos. No campo da doença, o sexo é visto como a concretização de uma atração física, possui um caráter momentâneo, sendo associado à possibilidade de transmissão da AIDS. No campo das relações afetivas, o sexo é conjugado com amor, configurando-se em uma relação especial, com uma pessoa “ideal”. Nesta relação existe confiança e entrega e o risco de contaminação sexual, pelo vírus HIV, não é considerado ou é negado. As preocupações, no campo das relações afetivas, estão voltadas para o risco de uma gravidez indesejada, o momento “ideal” para começar a vida sexual, a escolha do parceiro(a) “ideal” entre outras. Portanto, as dúvidas e curiosidades estão separadas nestes dois campos e não possuem relação entre si, elas não juntam sexo, AIDS e amor.

Em relação a AIDS, o grupo, de 13 a 16 anos (56,5%), de ambos os sexos, relatou dúvidas ou curiosidades. Na faixa etária de 10 a 12 anos 75% dos jovens referiram não ter dúvidas ou curiosidades sobre o tema.

As dúvidas manifestadas foram bem variadas e os 16 jovens que apresentaram as questões fizeram em torno de 36 perguntas diferentes, 18 sobre os riscos de

contaminação e transmissão do vírus HIV, 11 sobre o conhecimento biológico da doença, questões relativas aos sintomas e manifestações do problema, bem como das possibilidades de tratamento e cura, as demais foram muito variadas e demonstram o interesse em aspectos mais específicos da doença. Prosseguindo ilustramos algumas das questões mais frequentes:

- Quais são todas as formas de como se pega AIDS?
- Numa seringa, assim, pode ou não pegar AIDS?
- Tem como, passar, usando camisinha?
- O que acontece no corpo quando o vírus se espalha?
- Como é o vírus lá dentro? Por que não tem cura?
- Por que dá sintomas como ficar magra, fraca, nas pessoas?
- Quanto tempo a pessoa vive? Sem o remédio, quanto tempo se vive?
- Como é o exame?..
- Qual a idade em que os jovens têm mais chance de pegar AIDS?

No campo da afetividade, os temas namorar, ficar e transar suscitaram o interesse dos jovens (90%) que manifestaram alguma dúvida ou curiosidade sobre esta temática. Entre 10 e 12 anos, todos os jovens fizeram pelo menos uma questão sobre namoro e/ou desenvolvimento corporal, formulando um número maior de questões. Os jovens, de 13 a 16 anos, formularam questões sobre o relacionamento homem/mulher, bem como, as formas de realizar contracepção com segurança. Exemplificamos, algumas questões, formuladas pelo grupo.

- Tem uma idade certa pra começar o sexo e o namoro?
- Se acontecer da guria ficar grávida, se isto acontecer, o que se pode fazer?
- O que é masturbação? Se eu me masturbo, ainda sou virgem ou não?
- A virgindade, ela só acaba quando a gente transa?
- Na primeira relação sexual da menina sempre sai sangue?

- Pode-se perceber na primeira relação que a pessoa já perdeu a virgindade?
- Gozar fora engravida?
- Como eu posso saber se ele só me quer pra transar?
- Porque os guris só pensam em transar e largar?
- Não entendo, porque as gurias só pensam em casar?
- O período fértil, como se calcula e quando pode transar?
- Como usar anticoncepcional? Tem algum só pra regular a menstruação?

Os jovens pesquisados, assim como no estudo de Lage (1998), na sua maioria, não ingressaram na prática sexual e a AIDS é vista como um fenômeno social distante, sendo que o interesse por ela aumentou proporcionalmente com a idade na faixa etária de 13 a 16 anos. As preocupações destes jovens no momento são as descobertas do seu corpo e as transformações bio-psico-sociais e afetivas que acontecem de forma muito intensa nessa fase da vida.

Os jovens manifestam o desejo de conversar com interlocutores adultos sobre essa fase que atravessam, especialmente sobre as relações afetivas. Eles solicitam espaço para falar sobre os sentimentos e emoções que os mobilizam quando tratam de assuntos tais como: as modificações corporais, os significados de “ficar” e “namorar”, as curiosidades do despertar para a vida sexual com seus pares.

Acreditamos que esse interlocutor solicitado deva estar preparado para ajuda-los na vinculação de todas essas questões no seu cotidiano, no seu meio cultural e familiar, nas concepções sociais de vida, auxiliando na construção enquanto grupo das ligações destas questões que hoje lhe tocam intensamente com problemáticas maiores que poderão afeta-los, assim como a AIDS.

Propiciar diálogos que contribuam na vinculação de vida afetiva e vida sexual rompendo com a visão dissociada entre as duas, poderão contribuir na construção

enquanto grupo de novas concepções e posicionamentos comuns frente a epidemia da AIDS.

Tendo em vista o nível de conhecimento manifestado e a vontade de conversar mais sobre esse conjunto de temas, faz-se necessário aprofundarmos e regularizarmos o trabalho, desenvolvido na escola, bem como organizarmos, em conjunto com a direção da escola, um trabalho pedagógico com seu corpo docente, pois a prevenção acontece no convívio social desde o momento em que a influência entre os pares se faz, formando uma cultura de prevenção entre o grupo.

6.5 Vivências construindo imagens: a proximidade com a doença e os doentes

“No momento não conheci ninguém com AIDS, só boatos, nunca vi...” Alexandre, 14 anos.
“Já perdi um tio meu com AIDS, não chegava aos 30 anos!” Márcia, 16 anos.

Seguindo os estudos de Camargo (1998c), outro aspecto importante para explicar a relação do jovem com a AIDS é a proximidade da sua experiência com o fenômeno. Neste sentido, no decorrer das entrevistas, buscamos saber se os jovens conheciam alguém com a doença e se esta pessoa era próxima ou distante do seu convívio, se as imagens que possuem foram construídas pelo convívio social ou filmes, reportagens, relatos de histórias sobre pessoas com HIV.

A Tabela 13 apresenta, em suas proporções, por sexo e faixa etária, se os jovens já conheceram ou conviveram com uma pessoa com AIDS. A maior parte declarou não conhecer um portador do vírus HIV (74,3%) e, deste percentual, 19% refere ter visto um doente de AIDS através da televisão. Entre os 25,7% que conhecem um portador da

doença, 55,6% são pessoas distantes e sem relação de parentesco e 44,4% são pessoas próximas com relação de parentesco.

TABELA 13- Você conhece alguém com AIDS? Resposta dos escolares de 5ª a 8ª série, de uma Escola Estadual de Ensino fundamental, Porto Alegre, 1999.

CONHECE ALGUÉM COM AIDS?	% de jovens	% ♂ 10 a 12	% ♂ 13 a 16	% ♂ Total	% ♀ 10 a 12	% ♀ 13 a 16	% ♀ Total
NÃO	74,3	100	83,4	88,2	85,7	45,5	61,1
SIM	25,7	-	16,6	11,8	14,3	54,5	31,9
N*	35	5	12	17	07	11	18

Fonte: Pesquisa direta, Ferreira, S.R.S. Coleta de dados por meio de entrevistas, Porto Alegre, nov., 1999.

Nota 1: ♂= sexo masculino ♀= sexo feminino

10 a 12 e 13 a 16 = faixa etária de 10 a 12 anos e faixa etária de 13 a 16 anos.

Nota 2: N*= universo de sujeitos.

Analisando o contexto, por sexo e faixa etária, verificamos que 100% dos meninos de 10 a 12 anos não conhecem uma pessoa com AIDS e que mais da metade das meninas de 13 a 16 anos conhecem. Na faixa etária menor, o número de sujeitos que possuem proximidade com o fenômeno é menor.

De acordo com Moscovici, a imagem é a reprodução passiva de um dado imediato. Elas são construções combinatórias, análogas às experiências visuais. Podemos dizer que “*essas imagens são espécies de sensações mentais, de impressões que os objetos e as pessoas deixam em nosso cérebro*”. Elas podem ser consideradas como um conjunto de elementos construídos através do imaginário individual ou social e “*desempenham o papel de uma tela seletiva que serve para receber novas mensagens, e*

controlar a percepção e a interpretação daquelas mensagens que não foram inteiramente ignoradas, rejeitadas ou recalçadas” (1978, p. 48).

Em seqüência, apresentamos alguns depoimentos que ilustram um pouco do contato dos jovens com o fenômeno e que não poderíamos chamar de “convivência”, pois a maioria dos portadores do vírus HIV são pessoas distantes destes jovens. Entre os que estavam próximos, a doença ocasionou o afastamento da pessoa, especialmente, do convívio familiar, como transparece na maior parte dos depoimentos.

“Já vi e já conheci, uma pessoa é, próxima..., foi horrível... Agora faz tempo que eu não vejo ela, 22 anos, meu tio..., a mulher também tem...” (Ricardo, 16 anos).

“Eu tenho um amigo meu assim que tem AIDS... Só, sofrimento, o que vem na minha cabeça e dó...” (Tais, 16 anos).

“Eu não sabia, no começo eu não sabia, porque começaram comentando depois que ele estava mal, que..., começou a se manifestar, acho, a doença. Ai., que foram ver, ai ele já estava quase..., quase morrendo” (Débora, 14 anos).

“Um tio meu teve, mas ‘só que eu não vi ele’, ele morreu logo, logo, e ficou manchado, emagreceu muito, mas depois, assim..., nunca mais eu vi ele” (Andressa, 15 anos).

Observamos que o fato de conhecer alguém com AIDS desperta uma série de sentimentos e imagens, que denominamos componentes afetivos da atitude, tais como a solidariedade, a rejeição, o medo, o preconceito.

As meninas, além de terem tido mais contato com pessoas com AIDS, expressam uma imagem da doença muito vinculada à dor, ao sofrimento, à perda e à morte. Os meninos, exceto um deles, não relatam uma imagem clara da doença e nem manifestam

sentimentos relativos à epidemia, fazem apenas uma vinculação da doença com a morte. A imagem do doente de AIDS é concretizada pelas meninas com a descrição física. Elas se focalizam, unicamente, sobre os aspectos de deterioração física dos doentes, como perda do cabelo, emagrecimento, manchas no corpo, fadiga e fraqueza. Esta imagem mostra um corpo mortificado pela doença. Apresentamos algumas falas das meninas que reproduzem imagens e percepções da doença.

“As pessoas emagrecem muito..., ficam fracas, caem os cabelos, também...” (Janete, 10 anos)

“A doença vai atingindo pouco a pouco, ele fica magríssimo, muito magro, dá até pena de ver uma pessoa assim” (Bruna, 15 anos).

“É uma doença muito sofrida, eles emagrecem, ficam cheios de manchas, é triste, ninguém gostaria de ter, ninguém quer pegar a AIDS” (Tais, 15 anos).

6.6 Atitudes diante da epidemia de AIDS

De acordo com Moscovici (1978), as atitudes se referem às experiências subjetivas que têm um caráter apreendido; relacionam-se a um objeto e incluem, dentro de si, uma dimensão avaliativa deste objeto, ou seja, a atitude pode ser expressa por gosto/não gosto, concordo/ não concordo. Para este autor, toda atitude é fruto da interação social, de processos de comparação, identificação e de diferenciação social que permitem ao indivíduo, num determinado contexto, situar sua posição em face da de

outros. A atitude (favorável, desfavorável ou neutra) reflete a orientação global em relação ao objeto que é socialmente representado.

Esse autor salienta, porém, que uma atitude pode ser encarada apenas como uma posição ao lado da resposta e como preparação para a ação. Ele afirma também que a atitude ostenta uma virtude preditiva, uma vez que, de acordo com o que o indivíduo diz, pode-se deduzir o que ele vai fazer. A atitude e a opinião, entre outros, são diferentes componentes das RS. A dimensão da atitude faz parte dos princípios estruturais de organização de uma RS (Ibidem).

As atitudes em relação à problemática da AIDS apareceram de forma distinta em dois grupos de estudantes. Um grupo se sentia tocado e mais interessado pelo assunto, em especial, aqueles que, de alguma forma, sentiam-se próximos ao fenômeno e, portanto, mais vulneráveis aos seus perigos. O outro grupo que não referia muito interesse pelo tema, pois se situava distante do fenômeno, e longe dos perigos de contrair esta doença. Entre os que se sentiam tocados pela questão estão os 7 meninos e 9 meninas. Entre os meninos, 6 já haviam iniciado vida sexual e dois tinham tido proximidade com um doente de AIDS. Entre as meninas, 7 tinham proximidade com o fenômeno e duas haviam iniciado vida sexual.

Na seqüência, buscaremos relatar a proximidade com o fenômeno e descrever os componentes afetivos das atitudes manifestados durante as entrevistas.

As atitudes de preconceito e discriminação são levantadas pelos jovens e eles consideram-nas injustas. Estas atitudes, geralmente, estão relacionados aos estereótipos da AIDS, como uma doença de homossexuais masculinos, pessoas viciadas em drogas e

prostitutas. Uma doença que as famílias e a própria vítima têm vergonha e devem esconder para não sofrer discriminação.

“Por que a família escondia essa questão da AIDS? Ah eu acho que um pouco é vergonha, ele sempre foi uma pessoa muito amiga assim, não sei, eu acho que um pouco foi vergonha das irmãs dele. É, eu acho, isto depende da cabeça de cada um, como a pessoa pensa, eu já acho que não deveria esconder..., por medo?, de um caso precisar, alguém ajudar, que ele veio pra cá, ninguém sabia, ninguém sabia que ele tava no hospital, foram mesmo nas ultimas que avisaram, só” (Márcia, 16 anos).

“Todo mundo rejeita a pessoa, ela fica humilhada, triste dentro de si, a pessoa fica assim muito triste porque é chato, assim, a pessoa ser desprezada por todo mundo, só porque tem AIDS, eu não acho justo” (Carla, 12 anos).

“... porque tem aquele preconceito, muitos amigos dele deixam de ser amigos, porque ele passou a ser uma pessoa aidética, eu acho que é isto, não é legal: Para a pessoa se ajudar, acho que tem que ter aquele negocio familiar, os amigos, pra ajudar ele, têm que ter aquele negócio humano dentro de si, sabe, porque se for com a gente, nós também não vamos querer isto, então, eu acho que a gente tem que passar pra eles carinho, sei lá, pra eles não se sentirem, meio fechado, acho que tem que ter aquela ajuda dos amigos, dos pais, principalmente, dos pais, né?” (Rafaela, 16 anos).

O sentimento de solidariedade foi manifestado como muito importante pela maioria das nossas interlocutoras do sexo feminino, indicando uma implicação afetiva que se distingue, nitidamente, dos meninos neste domínio. Algumas meninas expressam a necessidade de um distanciamento prudente do doente de AIDS, mas a maioria se sente tocada pela sorte dos doentes, sua saúde, seu futuro e suas relações afetivas. Os seus depoimentos ressaltam a importância de atitudes de apoio, de ajuda e de respeito.

“... e pra conviver com uma pessoa, assim, é tomar cuidado, mas tratar a pessoa sempre com respeito, que apesar de tudo, pra mim assim, por mais..., se ela estiver com AIDS ou não, ela é gente de qualquer jeito, tem que respeitar a pessoa, entendeu, se eu for conviver com uma pessoa que tenha AIDS, eu vou respeitar ela de qualquer jeito” (Eduarda, 14 anos).

“Eu acho que uma pessoa que tem uma doença dessas, a gente não deve tratar com indiferença, deve ser uma pessoa normal, assim como qualquer outra” (Bruna, 15 anos).

“Ah, eu ia dar a maior força, por exemplo, se fosse um amigo meu, qualquer coisa, eu ajudava ele, se ele pedisse ajuda, não abandonaria, porque tem muita gente que, porque o fulano tem AIDS, eu não vou ajudar, porque eu posso pegar AIDS, tem gente que é assim, eu não, se eu fosse amiga desta pessoa eu ajudava ele a fazer o possível” (Jaqueline, 16 anos).

“Eu tenho um amigo meu, assim, que tem AIDS, às vezes, ele diz será que eu faço isto, será que não faço, será que vai ser bom, já que não vou durar muito tempo mesmo? Eu fico tri mal quando, às vezes, eu vejo ele e converso com ele. Eu sei que ele também se sente mal. Então, eu me sinto mal, eu gostaria de conversar sobre isto pra poder ajudar ele, pra fazer com que ele não se sinta mal, eu tento fazer com que ele se sinta normal, se bem que ele sabe que é normal, mas tem uma doença que vai interromper a vida dele” (Tais, 15 anos).

Os jovens relatam ter medo da AIDS e este sentimento aparece vinculado à questão da morte e do sofrimento, causado pela doença. O medo desencadeia atitudes de rejeição e desinteresse na discussão deste tema.

“Eu tenho que me cuidar, se não eu vou acabar que nem ele. Ele era bem forte, sabe, ai começou a emagrecer, ficar miudinho, dai foi pro hospital ficou, ficou 3 semanas no hospital e faleceu” (Rodrigo, 15 anos).

“... eu penso, como não existe cura pra essa doença, o que ela pode causar assim no ser humano, ela mata, ela mata, é isto...” (Vinicius, 14 anos).

“O que eu acho mesmo é que tem que abrir o olho, se cuidar, ainda mais as mulheres, a minha mãe estava contando, estes dias, que no jornal tava dando bastante, que estão sendo mais atingidas as mulheres com AIDS, tu tem que se cuidar, se prevenir” (Márcia, 16 anos).

“Quando eles pegam a AIDS eles querem tentar se livrar, mas no começo até que vai, mas na maioria das vezes, quando as pessoas descobrem que elas estão com a AIDS é bem no finalzinho, ai não tem mais jeito e ai elas só querem passar, passar e passar e prejudica todo mundo” (Tais, 15 anos).

Embora a questão da solidariedade e do respeito sejam abordadas, o medo desencadeia/ mobiliza nos jovens sentimentos de distanciamento e julgamento dos doentes. Eles querem saber porque e como se contraiu a doença. A maioria afirma que se a pessoa se expôs ao risco foi por vontade própria e deve arcar com isto, dando à doença uma dimensão individual e de culpabilização do doente. Muitas expressões apontam o doente como alguém “culpado” por não ter se cuidado.

*“Olha, a primeira coisa que eu pensei quando vi foi: **como ela pegou AIDS?**” (Gisele, 12 anos).*

*“... muito é na responsabilidade, se tu fizer, ai, se tu pega a doença, dai não tem como tu chorá, já tem a doença, né? não é fácil, né? sei lá, se ele pegou, **porque ele não se cuidou?**” (Rafaela, 16 anos).*

*“**AIDS, só tem quem quer**, todo mundo sabe que tem que usar camisinha, todo mundo sabe. Ah, eles falam, eu não sei porque não lembrei de usar camisinha, pura mentira, se não, se a pessoa, assim, viu todo mundo falando, tá cansado de ver que a AIDS tá tomando conta do mundo, e a pessoa fala: Ah, eu me esqueci de usar camisinha, mentira não dá, eu acho que isto já foi muito bem discutido” (Eduarda, 14 anos).*

“... uma pessoa começa a namorar e já vai para o motel transa e pega AIDS, as pessoas não tão pensando em si, nem no outro, tão pensando em querer ‘aquilo’, mas não vêm no que pode dar” (Manoela, 11 anos).

*“Acho que, tem que enfrentar de cabeça erguida, né? porque o que fez não pode mudar agora. **Ele deveria ter se prevenido antes de transar, sem usar camisinha e outro jeito também**” (Felix, 11 anos).*

*“Ah, não tem ninguém que não saiba, então, **se pega AIDS é porque quer**, porque sabe como se prevenir, tem como se prevenir, só não se previne porque não quer” (Leandro, 16 anos).*

Segundo Lage (1996), o seu estudo, bem como outras enquetes, mostram que as meninas afirmam mais seguidamente que os meninos que a idéia de morrer é assustadora, ilustrando um componente da sua relação afetiva. Para a autora estas tendências afetivas que distinguem os dois sexos aparecem cedo e se mantêm durante a vida adulta.

Neste estudo, também identificamos esse componente muito mais nos depoimentos das meninas do que no dos meninos.

“Há aquele cara tem AIDS, dá medo, dá até pena de ver uma pessoa assim..., eu não desejo pra ninguém, deve ser horrível mesmo” (Bruna, 15 anos).

“... sei lá, é triste ver uma pessoa com AIDS, porque sabe que ela está com seus dias contados” (Gisele, 12 anos).

Quanto à perspectiva de vida de uma pessoa com AIDS, os jovens falam do sentimento de morte iminente que os assusta profundamente. Dois meninos e uma menina falam da importância de se tratar, como se já existisse uma perspectiva de cura para a doença. Também aparecem, em um terço dos depoimentos, a possibilidade de se

prolongar a vida por meio de cuidados e de tratamentos com remédios. A maioria sabe que a AIDS é uma doença incurável e a atitude ante este fato é a de aconselhar os doentes que aproveitem seus “últimos dias”, reforçando a importância de lutar contra a doença e a responsabilidade em não transmitir o vírus para outras pessoas. A seguir, transcrevemos alguns depoimentos.

“Ah, eu acho que tem que enfrentar com coragem, tem que ter coragem, aproveitar o que pode agora, pra..., como é que eu vou dizer, agora tem que aproveitar o que tem de vida, que pode até acabar por causa da AIDS” (Camila, 13 anos).

“Eu acho, assim, no momento que ele pegou AIDS, bola pra frente, é ir no medico, eu sei que não tem cura, mas tentar, assim, prolongar, tomar os cuidados, tomar os remédios, e levar uma vida normal, porque os aidéticos não levam uma vida normal” (Rafaela, 16 anos).

“Ah enfrentar AIDS, acho que ele tinha que fazer os tratamentos dele, que tem muita gente que tem medo de fazer tratamento, né?” (Roberto 12 anos).

“... é pra tomar os comprimidos, os remédios, pra eles viver normal, mas aproveita,r enquanto esta vivo” (Gisele, 12 anos).

“Não se entregar pra doença, e também procurar não passar pros outros,” (Rodrigo, 15 anos)

“Ah, agora só usar a camisinha, para não deixar para outras pessoas né?” (Erivaldo, 12 anos).

Todos somos vulneráveis à epidemia !

“Acho pelo meu ver que todo mundo pode ter, não é?” Cristiane, 16 anos.

A imagem que a maioria dos jovens entrevistados possui da AIDS é de pessoas enfraquecidas, com uma perda muito grande da imagem corporal. No entanto, a maioria dos jovens de 13 a 16 anos (60%), também informou saber da existência de pessoas saudáveis, portadoras do vírus HIV. Mas na faixa etária de 10 a 12 anos, em ambos os sexos, nenhum dos jovens demonstrou ter conhecimento sobre esta questão.

Nos jovens de 13 a 16 anos transparece nos depoimentos o sentimento de vulnerabilidade à epidemia, eles dizem: “todos podemos ter a doença”, rompendo com informações preconceituosas de que AIDS é uma doença de grupos específicos, como homossexuais, drogaditos e prostitutas.

“Acho, pelo meu ver, que todo mundo pode ter, não é? Por mais bonito e forte ou mais, assim, né? É qualquer um pode..., sempre tem que pensar não só ai., os outros podem e eu não, né? A gente tem que ter um pensamento geral, assim, se eles podem eu também posso” (Cristiane, 16 anos).

“... porque eles (os jovens) sempre acham, assim, ah, nunca vai acontecer isso comigo, né? então, e pode se cuidar e tal, mas não tem como, se ele não se cuidar ele vai, ele vai pegar a doença” (Rafaela, 16 anos).

“... não vai pensar, assim, eu vou transar sem camisinha porque isso não vai acontecer comigo, só com os outros... Tem que pensar no que vai acontecer amanhã, também, né? daí, pode até ter transado sem camisinha e não ter tido AIDS, mas talvez a guria ficou grávida e daí como vai fazer? imagina tu estudando não tem emprego e a guria ta, esperando um filho de ti, é isso” (Jair, 13 anos).

De acordo com Lage (1996), a mídia, por muito tempo, através do grande número de reportagens, serviu como fonte principal da transmissão de uma imagem da doença de forma estigmatizada (grupos de risco). Atualmente, ela vem mostrando imagens de ídolos desportivos, como Magic Johnson, tocando a juventude quando emite a mensagem de que até os heróis desportivos podem sucumbir à doença. Isto desperta o sentimento de vulnerabilidade a que todos estamos expostos e a vontade de discutir esta questão dos soropositivos e compreender melhor os diferentes aspectos da doença. Neste tipo de diálogo eles buscam motivação para continuar vigilantes todo tempo e, não, de vez em quando, de acordo com a situação. Entretanto, ainda encontramos nos depoimentos de um número pequeno de jovens (1/5), o sentimento de que não correm risco e justificam a atitude, dizendo que não fazem “coisas” que transmite a AIDS, tais como sexo e uso de drogas, então, não precisam se preocupar ainda com isto.

“Eu, eu acho que não vai acontecer comigo, né? Então, não tenho nenhuma pergunta, assim, que eu queira esclarecer, só queria saber do tratamento, se a gente está, assim, com o vírus, tem como curar, se for no começo? isto aí eu acho interessante saber, só isto” (Andressa, 15 anos).

Como pensamos em nos proteger da AIDS?

“Tem que diminuir o número de relações sexuais, tem que usar camisinha” Camila, 13 anos.
“Não se injetar drogas, e usar camisinha...” Roberto, 12 anos.

Para identificar as atitudes preventivas em relação à AIDS, perguntamos de que forma nossos entrevistados acreditavam que os jovens poderiam enfrentar a epidemia da AIDS. Eles relataram as atitudes, as quais recomendam aos jovens seguir, para se proteger da doença.

Entre os meninos, 11 apresentaram suas concepções, explicitando suas atitudes ante o objeto e 6 referiram não saber como lidar com esta questão. Na faixa etária dos 13 aos 16 anos, dois terços expressaram suas atitudes preventivas e na faixa dos 10 aos 12 anos apenas um terço. As atitudes mais expressas foram as seguintes: usar camisinha, referida por 11 meninos, não se “injetar” drogas e escolher seus parceiros, referido, por 4 meninos.

A seguir, apresentamos alguns depoimentos que demonstram essa preparação e intenção de adotar comportamentos preventivos, os quais eles fazem indicação, para os demais jovens, como formas de enfrentar a epidemia.

“Usar a camisinha e no caso de quem usa drogas, né? não usar as seringas dos outros” (Leandro, 16 anos).

“O modo mais eficaz que eu conheço é o uso da camisinha, se possível até mais de uma até..., se caso estourar, uma camisinha..., vai estar prevenido” (Gustavo, 16 anos).

“Ah, que tem que usar camisinha, evitar relações com muitas pessoas. Tomar cuidado, se eu for ficar com uma guria, usar camisinha, essas coisas” (Alex, 13 anos).

“É pra se prevenir né? pra não pegar “qualquer guria”, usar camisinha, estas coisas” (Rodrigo, 15 anos).

“Ah, se prevenindo, escolhendo seus parceiros, a moça, no caso, se tiver que transar com o parceiro, seja só aquele parceiro, conheça bem, usar camisinha, se prevenir nos hospitais, se tiver que fazer uma transfusão de sangue, exame de sangue, não usar drogas. Se tiver que usar seringa, não compartilhar a seringa com outras pessoas, se tiver que usar injetáveis, usar a seringa só nele mesmo, não usar sempre a mesma seringa” (Duda, 15 anos).

Entre as meninas, 9 expressaram atitudes preventivas e 9 referem não saber como lidar com a doença. Na faixa etária dos 13 aos 16 anos quase 2/3 das meninas (55%) expressam atitudes preventivas, na faixa dos 10 aos 12 anos apenas 1/3. Quanto às atitudes expressas estão: o uso da camisinha, referido pelas 9 meninas, não usar drogas, referido por 3 e não variar de parceiro, referido por 2.

Em seqüência, apresentamos alguns depoimentos que expressam a intenção de assumir atitudes preventivas como forma de enfrentar a epidemia da AIDS.

*“Tem que sempre usar camisinha, sempre tem, acho que é só”
(Cristina, 10 anos).*

“Eu ia falar pra ele não usar drogas, pra ele usar a camisinha antes de transar, pra ele não usar injeções aquelas que, que usaram sabe, eu ia falar isto pra ele” (Carla, 12 anos).

*“Ah, se cuidar, quando tiver relações sexuais usar camisinha, não usar drogas ou não usar a seringa dos outros. Mais fácil é não usar drogas e usar camisinha, se cuidar, né? não ficar mudando de parceiro ou parceira, porque é assim que se pega AIDS”
(Jaqueline, 15 anos).*

“Não usar seringa usada, se tu te prevenir, tu não vai ter, não vai pegar o vírus, eu acho... Se cuidar, se tiver relação com alguém que use camisinha se puder” (Andressa, 15 anos).

O uso da camisinha foi o elemento mais central nos depoimentos sobre atitude preventiva. Ele também foi uma expressão freqüente na associação livre, realizada com a população de 145 jovens, como vimos no Item 5. Ainda, na avaliação sobre conhecimento das medidas de proteção contra a AIDS, na amostra entrevistada, o uso da camisinha foi citado por 80% dos jovens, conforme apresentamos no Item 6.4. Estes

dados refletem um nível de conhecimento comum no que diz respeito a um recurso mobilizado na proteção da contaminação sexual pelo vírus HIV.

Quanto à concepção dos jovens sobre o uso da camisinha eles afirmam sua importância na prevenção da contaminação sexual do vírus HIV, mas expressam dificuldades na sua utilização.

Entre os meninos, com experiência sexual (6), as dificuldades dizem respeito ao desconhecimento e inexperiência com este objeto, a vergonha, a “afobação”, o estar com a cabeça “avoadada”, ao desconforto e à curiosidade em saber como é transar sem camisinha.

“Ah, é bom se prevenir, tem que fazer tudo pra se prevenir, incomoda um pouco, né? mas fazer o que, né? se prevenir” (Duda, 16 anos).

“Eu estava lá’..., na minha casa e estávamos nuns amassos, nuns arretos, tá, e depois eu botei a camisinha... fui no banheiro. É que a guria era meio tímida, também. Botei a camisinha..., depois voltei, botei direitinho para não dar um ‘estourasso’, aí voltei..., deu..., foi mais ou menos (risos)” (Ricardo, 16 anos).

“Ah, normal, eu não sei a diferença, assim, como tu tá dizendo sem, mas acho que é melhor. Não, não foi difícil colocar [a camisinha], foi tranquilo...” (Rodrigo, 15 anos).

O motivo mais verbalizado pelos meninos, para não usar a camisinha foi o de modificar a relação pela falta do contato direto com a parceira e a curiosidade e necessidade de adquirir experiências diferentes.

“... meio que atrapalha... Não sei camisinha (fala meio rindo) é meio ‘xarope’, o negócio que atrapalha, não sei, o que, não tem contato com a pele, assim com a (risada) ali dentro. Acho que é só isso! O cara perde tempo ainda com botar (risada)” (Ricardo, 16 anos).

“... foi ruim, incomoda... fica estranho, fica diferente. Então na mesma relação, a gente tirou a camisinha no meio da coisa, não me atrapalhou, sei lá, mas... sem, foi melhor. Nós falamos em usar a camisinha, só que chegou ali no meio... Ah, agora vou tirar, daí ela disse pode ser, daí eu tirei... O que de fato te fez tirar a camisinha? Pra ver como é que era, tipo uma experiência...” (Tiago, 14 anos).

Entre os meninos sem experiência sexual (11) a atitude verbalizada traduz muito as prescrições feitas pelos pais e pelo serviço de saúde. Eles repetem estes “conselhos”, justificando que isso é importante e deve ser feito, como exemplificamos com o depoimento de Roberto (12 anos): *“Usar a camisinha. Ah eu acho que é importante pra gente não, não pegar e não transmitir doença pra ninguém”*.

A questão da pressa, na hora de manter a relação sexual, é colocada como empecilho para o uso da camisinha tanto pelos meninos quanto pelas meninas, como observamos nos depoimentos de Gustavo e Tais.

“Acho que, às vezes as pessoas..., pelo momento, (como já aconteceu comigo), as pessoas vão, vão naquela afobação, aquele negócio, assim..., às vezes, é até a primeira vez da pessoa, e aí será que eu vou, não se, alguns medos... E, às vezes vão colocar a camisinha, e aí quando vê de repente tem alguma disfunção erétil, alguma coisa, assim, e daí não dá certo, por medo de acontecer isso eles pegam e não usam a camisinha ou até mesmo pela ignorância de alguns que dizem que transar com a camisinha é chupar bala com papel” (Gustavo, 16 anos).

“Bom, até pela confiança e até pela pressa, porque quando eles tão, assim, querendo transar eles nem se preocupam em colocar a camisinha, também, vai muito pela cabeça e pela pressa. Porque eu tiro uma base pelas minhas amigas, que elas..., elas me contam, elas falam que elas tão no maior arreto, assim, e falam que não deu tempo para colocar a camisinha, bem elas vêm com a desculpa que não deu tempo e transam sem camisinha” (Tais, 15 anos).

As meninas que não possuem experiência sexual (14) afirmam que o uso da camisinha é importante, mas relatam que as amigas, que já iniciaram vida sexual não costumam usá-la.

“Vejo minhas amigas, porque a maioria das meninas, na primeira vez, quase nunca usa camisinha, pelo menos as que eu conheço, porque vai levando, vai levando..., e daí acontece – gravidez - e daí não usou” (Cristiane, 16 anos).

“Das minhas amigas, a maioria não usa camisinha. Eu acho que os meninos usam mais, porque, pra eles, mulher é tudo sem vergonha, então, eles querem é se prevenir, daquilo que tu tem contigo, se eles sabem que tu tem e tu ia transar com eles, eles não vão querer tira de ti aquilo pra ficar com eles, entendeu” (Tais, 15 anos).

Na concepção das meninas, o fato de ter um namorado no qual elas têm confiança implica a ausência da necessidade de usar a camisinha.

“Bom, é, tem muito, assim, se tu transa com uma pessoa uma vez e tu sabe que ela só transa contigo, tu pode levar confiança nela ou até não usar camisinha, ele só transa comigo mesmo, então, não vou pegar nenhuma doença, as minhas amigas pensam assim se elas transam só com um, com eles, elas podem transar sem camisinha” (Tais, 15 anos).

Entre as meninas, que já iniciaram vida sexual (4), aparece no depoimento de duas o conflito entre usar camisinha, conforme as recomendações que ouvimos e não usar, por causa dos desconfortos ou pela relação de amor-confiança que se estabelece, abolindo a necessidade de cuidar-se, pois o seu imaginário não concebe a possibilidade

do outro ser portador de um vírus mortal. Inicialmente, elas usam camisinha, mas depois fica a critério do namorado decidir sozinho, como vemos nos depoimentos de Jaqueline (16 anos).

“Eu pedi pra ele usar a camisinha, porque eu achei que com a camisinha não ia doer quando ele tirasse a minha virgindade. Dai ele pegou e usou camisinha. Eu não senti nada, nenhuma dor, nada, agora não precisa mais pedir, ele usa”.

“Ah eu não gosto de usar camisinha, né?.. na primeira vez a gente usou a camisinha, porque foi a primeira vez que eu transei com ele. Ele já teve várias outras namoradas, então, a primeira vez, falei vamos usar a camisinha. Antes, ele não usava com outras namoradas, mas é bom sempre ter camisinha, né? Eu pedi pra ele, depois ele começou usar. Ai, eu gostei de usar a camisinha, mas depois ele não quis mais usar, ai eu me acostumei sem. Então ele perguntava pra mim: uso ou não uso, eu disse bem, tu que sabe, se tu quiser usar tu usa, se tu não quiser usar não usa. Então ele não usou mais camisinha, atualmente a gente não usa a camisinha”.

Ou, ainda, o depoimento da Bruna que afirma que o namorado não tem AIDS e o que mantém o uso da camisinha é o medo da gravidez e a impossibilidade de usar anticoncepcional oral.

“Meu namorado me disse: ‘Ah, porque a gente não transa sem camisinha,’ porque doença eu sei que ele não tem e eu queria transar sem camisinha para experimentar, para ver se é bom, se tem diferença ou se não tem, só que eu tenho medo de engravidar”.

Mas duas meninas afirmam nunca ter tido relação sexual sem camisinha, afirmando que a gravidez não deve ser a única preocupação quando se inicia vida sexual, conforme estes depoimentos.

“Ah eu não sei dizer como é transar com e sem, porque eu sempre usei, sempre, por mais que a minha mãe diz, toma remédio eu uso a camisinha também, porque não é só o fato da gravidez que evita, desde que comecei a minha relação com ele. Ele concorda comigo, porque não é só o risco de gravidez” (Márcia, 16 anos).

“Ah.., eu nunca tinha transado de camisinha, nem sem camisinha, aí eu transei de camisinha e foi normal. Bem, eu falei só com camisinha.., e ele: ‘tudo bem?’” (Débora, 14 anos).

Para a maioria das meninas, até mesmo, as que não iniciaram vida sexual, o foco de preocupação não é a AIDS, mas a gravidez. O uso da camisinha é a forma de prevenção sigilosa que não denuncia a entrada na vida sexual ativa, diante da família, como o uso de anticoncepcional oral denuncia.

“A camisinha eu acho que é bom, né? Porque depois, assim, pega AIDS ou engravida sem querer. Eles dizem vamos transar e leva a guria até mesmo à força, e daí... transa e engravida a guria e depois os dois não querem o filho, acabam até podendo tirar o filho, daí eu acho que é bom a camisinha, serve bastante” (Cristina, 10 anos).

“Nós transamos duas vezes e nestas duas foi com camisinha. Foi uma coisa normal, fui com segurança, ele não queria usar camisinha, eu falei como que não, antes tem gravidez, tem doença... Ele usou, né? pra mim foi uma coisa muito segura, tu não fica com aquela preocupação, será que eu engravidei, será que peguei alguma doença, pra mim foi bom ter usado camisinha. Eu morro de medo de pegar uma doença ou engravidar, mas eu jamais ia transar sem camisinha, mesmo que eu tome um anticoncepcional, eu jamais, sempre com camisinha” (Bruna, 15 anos).

Outra questão levantada por duas meninas que já tem vida sexual ativa foi a sensação de insegurança que têm com a camisinha. Elas referem medo que a camisinha se rompa e, com isto, acabem tendo uma gravidez indesejada. As meninas também

referem ter vergonha de falar ou pedir ao namorado que use camisinha.

“nervosismo... dá vergonha até mesmo de falar” (Cristiane, 16 anos).

“Me sinto mais segura, usando pílula, né? que camisinha de vez em quando estoura, e a pílula tu toma sempre” (Jaqueline, 15 anos).

“Uma amiga minha, agora, ela perdeu a virgindade com o namorado dela, ela tem vergonha de mostrar o corpo dela pro namorado, então, ela tem vergonha, também, de pedir pra ele colocar a camisinha, ela é tímida” (Andressa, 15 anos).

Os depoimentos que traduzem as atitudes dos jovens, em relação à prevenção da AIDS, referem-se à camisinha, às drogas aparecem de forma muito superficial, sendo referida por poucos.

As drogas são mantidas tanto na associação livre quanto nas entrevistas como um elemento mais preservado ou silenciado, quando os jovens descrevem as formas de transmissão ou externam as influências da AIDS no seu cotidiano.

A transmissão vertical e as outras formas de transmissão sangüínea parecem estar distante dos jovens, nesta etapa de vida.

De acordo com Lage (1996), a entrada massiva dos preservativos nas brincadeiras dos escolares (‘bomba d’água’) testemunha o papel importante que este objeto desempenha na representação da sexualidade contemporânea entre os jovens, meninos e meninas, que sabem não poder dispensá-lo e que precisam criar formas de assumi-lo, necessitando espaço para falar dele.

7 RE-PROBLEMATIZANDO A RELAÇÃO AIDS E EDUCAÇÃO PARA SAÚDE

“É preciso superar o momento em que AIDS é inimiga da vida [...] De minha parte, acho que se trata de uma frente política com uma dimensão pedagógica imediata. Ou seja, enquanto aguardamos resultados que decidam definitivamente alguma coisa na frente da pesquisa científica, a luta contra AIDS se dá numa frente política que se caracteriza por sua imediata dimensão pedagógica. Por ora, a tarefa educativa é central...” (Paulo freire, 1993).

7.1 Falando de sexualidade e AIDS em sala de aula: “a idade da bobice”

Como vimos, anteriormente, utilizando os estudos de Lage (1996), na faixa etária, dos 10 aos 12 anos, o interesse sobre temas como as transformações do corpo e sexualidade é menor e os jovens fazem de conta que isto nada tem a ver com eles. Mas, conforme avançam na idade, o interesse sobre estes temas cresce, progressivamente. A ansiedade e insegurança que estes temas provocam exprime, seguidamente, um fenômeno característico desta idade: eles riem muito. Os adultos, geralmente, ficam irritados, por não compreenderem as razões deste comportamento e referem que as crianças atravessam a “idade da bobice”. No entanto, a “idade da bobice” tem um grande valor para o equilíbrio psíquico deste período, pois mediante esta estratégia eles mantêm a distância, de uma forma mascarada, o tema sexualidade, deixando intacta a idealização que têm sobre o assunto. Estas variações de humor, nervosismo, vontade de chorar, vergonha e de comportamentos, tais como gargalhadas e brincadeiras bobas, são

necessárias porque ajudam a liberar uma certa quantidade de tensões e excitações incontroláveis. Nesta idade, a “bobagem” tem um papel de defesa, pois permite a abordagem da sexualidade de uma maneira pela qual se fala dela sem querer tocar diretamente no tema.

As pessoas capacitadas para realizar intervenção pedagógica, em escolas, sobre prevenção da AIDS conhecem bem essas reações e levam em consideração o diálogo, mas, ao contrário, os professores na sua maioria, não são preparados para abordar a sexualidade em classe e são mais freqüentemente incomodados pela reação das crianças, tomando atitudes agressivas ou punitivas.

Para Lage (1996), as vulgaridades das brincadeiras se dão na medida da necessidade de segurança desses jovens. As brincadeiras familiarizam-nos com o vocabulário da sexualidade e oferecem uma preparação verbal à ação que permite ultrapassar o estágio de “noviço” ante a representação do ato sexual. As risadas coletivas exprimem o paradoxo do prazer suscitado pela descarga de excitação e fornecem, ao mesmo tempo, a prova de que a informação sobre sexualidade, contida na brincadeira, foi certamente decodificada, mostrando, assim, que a troca de informações se dá entre pessoas iniciadas. Os gestos que acompanham as palavras reforçam se necessário o simbolismo destes propósitos. Segundo o meio social e o momento, os meninos privilegiam a expressão verbal ou a expressão gestual.

O esporte é um grande aliado das atividades escolares, especialmente, para os meninos, pois oferece uma espaço para descarga de tensões e a comparação das forças masculinas. Em relação à sexualidade, as meninas estão mais interessadas nas relações interpessoais que implicam a sexualidade do que os meninos que são, antes disto,

absorvidos pela necessidade da aquisição de um saber fazer. Antes de se iniciarem na sexualidade dos gestos e dos verbos eles recorrem, freqüentemente, aos documentos de vídeo em que observam as diferenças e os diferentes comportamentos sexuais que comentam no grupo de amigos. Geralmente, o corpo humano interessa fortemente aos estudantes, ávidos de conhecimento, mas centrados nas diferentes funções vitais, tais como circulação sanguínea, respiração, digestão e doenças comuns que o imobilizam ao leito ou fragilizam sua vida cotidiana, tais como gripes e alergias entre outras (Lage, 1996).

Nesse sentido, uma forma de introduzir o tema da AIDS na escola poderia ser a abordagem de informações de saúde, as quais eles têm interesse e, desta forma, iniciar um processo gradativo de reflexão sobre problemas de saúde comuns, na faixa etária, e os mais freqüentes no contexto em que vivem.

A população escolar está em um momento propício para receber e compreender informações, adquirindo, com isto bases de uma educação em saúde. Os professores, em geral, são um pouco fechados e não estão preparados para falar destes temas, eles fazem o que é preciso para dar conta de seus conteúdos não conseguindo ir além. Dificilmente, abordam temáticas relativas à sexualidade ou à AIDS. Referem existir uma carência de material instrucional adequado, como vídeos, álbuns seriados entre outros, para trabalhar estas informações de uma forma mais dinâmica com os jovens.

Nesse contexto, verificamos que o despreparo dos professores nos indica que, no momento, eles não são as pessoas mais apropriadas para falar sobre sexualidade e prevenção dos riscos de contaminação pelo vírus HIV, de forma sistemática. Além do despreparo teórico e de manejo em sala de aula para tratar essas questões os professores

representam para esses jovens a norma institucional dificultando a criação de intimidade e confiança necessária para conversar sobre essas temáticas.

Estudos nessa área indicam a importância de fornecer informações desinteressadas, alheias a todas as mensagens moralizadoras, no sentido de pôr à disposição do jovem uma documentação plural variada, que aborde não só a AIDS, mas todas as doenças que eles gostariam de compreender. É importante, porém, ter claro os objetivos desta educação em saúde que queremos promover. O processo educativo necessita estar apoiado nos interesses desta faixa etária e ter uma linguagem acessível e interessante, adaptada às questões comuns vivenciadas nessa etapa de vida.

Levando em consideração as questões acima citadas, verificamos que, no momento, as pessoas mais apropriadas que dispomos para tratar essas temáticas são os profissionais da saúde, especialmente as enfermeiras que recebem em sua formação capacitação específica na área e vêm desenvolvendo inúmeras atividades com a comunidade escolar em todo Brasil.

7.2 O enfrentamento à epidemia e a proposta pedagógica em educação em saúde: com a palavra os jovens

Uma das questões trabalhadas nas entrevistas foi a opinião sobre como os jovens podem enfrentar a AIDS. Alguns repetiram as prescrições feitas pelos pais ou profissionais da saúde, mas muitos deles fizeram sugestões ou considerações sobre o processo de educação em saúde, a transmissão de informações e a importância do

diálogo. Eles fizeram sugestões que dizem respeito à forma como esperam que os adultos busquem o diálogo sobre sexualidade e AIDS e promovam atividades educativas que propiciem a comunicação de experiências na escola. Eles são unânimes em afirmar sobre a necessidade que sentem de conversar mais em casa com os pais e sugerem a ampliação na escola do espaço de informação e discussão do tema.

Os jovens estimam que a melhor barreira contra a disseminação da AIDS consiste na comunicação com as pessoas que estão a sua volta. Eles apontam para a necessidade de cultivar o diálogo com as pessoas com as quais se sentem próximos, rompendo com a solidão e a insegurança. Eles acreditam que o bom entendimento e diálogo no meio familiar e as relações de amizade com jovens de mesma faixa etária contribuem para ao equilíbrio psicológico e diminuem a possibilidade de exposição a comportamentos de risco muito comuns nesta etapa da vida. Eles dizem:

“Acho que é importante debater... Acho importante, primeiro de tudo é a informação, em casa, também, assim, debates nas escolas. No colégio até que, de repente, eles têm alguma informação, de repente alguns pais têm alguns medos ou receios de conversar sobre isso com os filhos... Acontece assim, existem famílias que até evitam tocar no assunto, falam baixo, por exemplo, quando estão, assim, assistindo, em família e falam sobre a AIDS alguma coisa, assim, por exemplo, eles trocam de canal, eu acho que às vezes eles não encaram o problema de frente. Eu acho que este é um dos principais fatores que indicam o grande índice de contaminação no Brasil” (Gustavo, 16 anos).

“Eu acho que tem que conversar com qualquer idade, mesmo pra criança, pra ter uma noção do que é, pra debater. Eu acho que desde pequena a criança tem que saber, que hoje em dia não se namora depois dos 15, como era antigamente, a gente tem que conversar desde pequeno já, pra orientar” (Cristiane, 16 anos).

“Eu acho que é uma boa conversar, porque nunca vieram conversar nada, no máximo vêm entregar aqueles livrinhos, às vezes, dão camisinha, já fizeram isto uma vez ali no posto, deram camisinha e uns livrinhos, dizendo como tem que se prevenir só, é só o básico que eles falam, é isto, sempre, em qualquer lugar” (Márcia, 16 anos).

A maioria dos jovens refere que não é fácil abordar esses temas em casa, principalmente, por que têm relação com a sexualidade. Eles não desconsideram o papel dos pais e da família, mas a maioria considera importante poder aprender e falar sobre isto na escola. Eles argumentam que muitos colegas não têm outro lugar para falar. Consideram que é da família o principal papel na educação sexual, mas o papel da escola vem imediatamente após. Poucos referem ter espaço para tocar neste assunto, livremente, em casa. Neste sentido a escola poria as informações à disposição de todo mundo e completaria a sua formação.

“Ia ser bom se todos no colégio tivessem esses momentos, de conversar sobre AIDS, sobre adolescência, uso de drogas, no caso, aqui, não são todos os alunos que vão ter [entrevista], se todos alunos pudessem seria legal” (Duda, 15 anos).

“Conversar..., acho que conversar assim, conversar entre os amigos, expor suas dúvidas, esse tipo de trabalho que a senhora esta fazendo comigo, este tipo de coisa, assim, é o melhor modo de prevenção. Acho importante, assim, debater nas escolas” (Gustavo, 16 anos).

Os jovens referem a importância de estarem bem informados para enfrentar com “mais estrutura” a AIDS, que cada vez mais lhes diz respeito e os afeta. A escola é vista como um espaço para se trabalhar estes assuntos. Muitos ressaltam que os professores evitam abordar esta temática, até mesmo, os que trabalham na área das ciências biológicas.

Os jovens esperam que os professores e profissionais da saúde traduzam as informações em termos compreensivos por meio de um conteúdo que responda às indagações que eles exprimem sobre a doença e a epidemia. As atividades de ensino, integrando conteúdos formais da escola e aqueles de interesse dos próprios alunos, informações e espaços para o debate teriam a função de compensar o silêncio da família, como pode ser percebido nestas falas.

“É bom estar aqui porque se aprende. Assim, se todos adolescentes pudessem conversar com uma pessoa mais instruída até por não ter em casa. A minha colega pediu, assim, será que tu poderia falar com ela? sem o papel e fazer a entrevista, hoje? Ela disse que tinha medo de pedir a mãe dela, porque ela ia ficar perguntando sobre o que tu perguntou....., são coisas assim, que elas [as jovens] não têm, parece que elas não conseguem chegar numa conversa com os próprios pais, uma confiança” (Cristiane, 16 anos).

Os pais, na maioria das vezes, referem se sentir despreparados para conversar sobre esses assuntos referentes à sexualidade, à AIDS e ao uso de drogas, transferindo este papel para a escola. A escola, por sua vez, também não se sente capacitada para abordar estes temas, solicitando ajuda ou transferindo esta responsabilidade para os profissionais da saúde mais próximos da escola ou aqueles que, eventualmente, possam desenvolver campanhas ou atividades isoladas dentro da escola.

A influência educativa da escola pode atingir, além dos jovens, suas famílias e a comunidade em que se insere, pelos conteúdos vinculados à realidade e valores culturais locais.

A escola tem um papel muito importante na abordagem desses temas que fazem parte da formação e educação dos jovens, embora reconheçamos que isso lhe impõe uma carga a mais de trabalho. Diante disto, acreditamos que o caminho é desenvolver

parceria com os serviços de saúde e alianças com os pais. Segundo Teixeira e Borges (1998), a escola representa um ambiente educacional e social propício para trabalharmos o conhecimento, as habilidades e as mudanças de atitudes, visando uma consciência crítica e reflexiva que pode auxiliar na mudança comportamental em relação as DSTs, AIDS e ao uso de drogas.

8 SÍNTESE CONCLUSIVA

“Creio que podemos transformar a tragédia da AIDS, da enfermidade e da doença num desafio, numa oportunidade, numa possibilidade de recuperar em nossa sociedade, em nós mesmos, em cada um de nós, o sentido da vida e da dignidade. E, com esse sentido da vida e da dignidade, seremos capazes de lutar pela construção de uma sociedade democrática, de uma sociedade justa e fraterna”. Hebert de Souza.

Atualmente, veicula-se na TV, rádios, revistas, cartazes entre outros, informações sobre como evitar a contaminação, a disseminação, a transmissão vertical da AIDS e, também, abordam-se algumas questões sobre as drogas disponíveis para o tratamento. No entanto, paradoxalmente, a epidemia continua, atingindo cada vez mais jovens e mulheres. De acordo com Aerts (1998), independente do que de fato aconteça, percebe-se que não basta orientarmos, informarmos ou darmos comunicados, sem levarmos em conta a capacidade de entendimento dos indivíduos. É necessário que a informação tecnicamente correta seja traduzida para aquele que dela necessita. Só, assim, esta informação poderá ser aceita, *“recheada de significado”*, e contribuir para uma nova postura deste indivíduo ante a vida.

O aumento da urbanização, o impacto dos meios de comunicação de massa nos padrões de conduta, a maior fragilidade das estruturas familiares, entre outros fatores, têm influenciado muito nas relações sociais e no comportamento sexual das pessoas. Jovens com problemas de relacionamento, geralmente, começam a ter comportamentos de risco

como atividade sexual com vários parceiros, uso precoce de álcool e drogas, ficando, assim, mais expostos a contrair a infecção pelo vírus HIV (OPS, 1993).

Constata-se que as relações sexuais têm ocorrido em idades cada vez mais precoces, aumentando os índices de gravidez entre adolescentes. E se estas adolescentes estão ficando grávidas, isto pressupõe que a maioria dos jovens não está utilizando o condom nas relações sexuais, nem como método anticoncepcional, nem para prevenção do risco de contaminação sexual pelo vírus HIV.

As questões citadas fazem refletir sobre este “hiato” entre a informação recebida e as práticas cotidianas no campo da sexualidade, sobre informação, crenças e atitudes adotadas no exercício da sexualidade. Segundo Lopes et al (1998), parece que as mensagens, em geral, não respondem à complexidade das situações vividas e “racionalizam”, excessivamente, os “critérios de decisão” no campo da atividade sexual dos sujeitos homogeneizando condutas.

O meio social, familiar e escolar, dos jovens estudados, apontam para o fato de que eles não encontram, em casa e na escola, o apoio afetivo, informativo e cultural suficiente, para ajudá-los a fazer a síntese das informações que recebem através da mídia, dos panfletos, cartazes ou palestras. A maioria dos jovens refere ter recebido conselhos familiares para “se cuidar” da AIDS, mas também informa não ter um espaço de dialogo franco e aberto com suas famílias ou mesmo na escola.

A quase totalidade dos 145 jovens (93,8%) referiu já ter recebido alguma informação sobre AIDS e os locais mais citados foram a escola, em casa e na TV. Os informantes mais lembrados foram os profissionais da saúde, os familiares e os repórteres jornalísticos.

Os jovens por meio das associações livres representaram a AIDS, como uma doença mortal, transmitida pelo sexo. Uma doença causada por um vírus e que provoca tristeza e medo, mas que pode ser evitada pelo uso da camisinha. Referem, em relação estreita com as evocações centrais (doença, morte, sexo), as concepções de “doença ruim”, “perigosa” e “sem volta”. O tratamento já começa a figurar em nível periférico nas representações enquanto possibilidade de prolongar a vida.

A maioria dos entrevistados dispõe de conhecimentos médios, tanto sobre a transmissão quanto sobre formas de proteção da AIDS. O nível de conhecimento é maior na faixa etária de 13 a 16 anos e no sexo feminino. No processo de análise de conteúdos evocados e nos depoimentos observamos que nenhum estudante ignora tudo da AIDS, mas poucos estudantes têm um conhecimento coerente de todos os aspectos abordados na entrevista. Eles falam de aspectos isolados e retêm parte da informação, em geral vinculada aos riscos de contaminação, mas não possuem o entendimento dos mecanismos biológicos da doença o que poderia ajudar na adoção de atitudes ativas de combate à epidemia tanto em nível individual quanto coletivo. A maioria conhece a imagem de deterioração física a que um doente pode chegar. Um terço deles conhece a existência de portadores sadios da doença e a existência de tratamento. Todos evocaram a necessidade do uso do preservativo, em algum momento da entrevista, mas poucos entendem a lógica implicada nessa necessidade. Portanto, podemos dizer que nenhum dos estudantes ignora totalmente as informações sumárias sobre a epidemia, mas estes conhecimentos estão parcelados e pouco integrados na sua argumentação autônoma.

Eles reconhecem que a epidemia exige que se protejam por meio do preservativo, mas esta concepção parece, muito mais, uma repetição das campanhas massivas e dos

conselhos dos pais e profissionais de saúde, do que uma crença adquirida, especialmente, nos mais jovens e naqueles que não iniciaram a vida sexual. A minoria (1/4), que já iniciou vida sexual ativa, expressa suas dificuldades em utilizá-la em razão da inexperiência, do manuseio -“ela corta o embalo”, da vergonha e do desejo de experimentar a relação sexual sem preservativo. Também aparecem empecilhos relacionados à relação de afetividade, ligados às concepções de amor e confiança expressos pelas meninas.

Quanto ao interesse pela temática, as atitudes de 1/3 dos jovens mostram, seja por uma verbalização direta ou seja sobre a forma de uma negativa, que este não é o assunto que mais os interessa, no momento. A abordagem da AIDS não é espontânea e não está entre as principais preocupações desta faixa etária, mas eles afirmam que quando o assunto é evocado eles procuram participar e adquirir novos conhecimentos, pois acreditam ser importante estar bem informado para se proteger da epidemia. As temáticas que mais suscitam interesse e preocupações dizem respeito à afetividade com seus pares e às mudanças corporais. Os jovens referem querer conversar sobre namoro e sobre as diferenças educacionais e comportamentais socialmente construídas para meninos e meninas. Também querem saber sobre as rápidas mudanças físicas que percebem no próprio corpo e as sensações corporais que elas desencadeiam. Desejam saber mais sobre menstruação, fertilidade e possibilidades de gestação. Também sobre as implicações de iniciar a vida sexual nesta faixa etária, sobre a “idade ideal” para namorar e transar. E, especialmente, referem necessidade de espaço para poder expressar a avalanche de sensações e sentimentos decorrentes de cada situação experienciada.

Quanto às atitudes desses jovens, elas se modificam por causa da idade e do sexo, eles se dizem mais implicados na faixa etária de 13 a 16 anos e nos entrevistados do sexo feminino. Para Lage (1996), a maneira pela qual as crianças se posicionam em face da cena social e da esfera privada, a estabilidade e a estrutura familiar, o nível cultural e econômico, interferem nas atitudes de interesse ou desinteresse pelo tema.

É importante conhecer a AIDS para se proteger, mas os pesquisadores da área concordam que o conhecimento sobre a doença não é suficiente para adoção de comportamento preventivo. A adoção de uma conduta preventiva depende de uma atitude favorável, do conhecimento da AIDS, mas, também, da dinâmica relacional entre parceiros sexuais que não se pode controlar e são as mais diversas possíveis. Lage (1996) também diz que a disposição de se proteger mais ou menos consciente, mais ou menos constante ou momentânea está ligada a diversos fatores, entre eles a vontade de viver, o desejo de morte com o qual o jogo do risco se associa e, neste balanço de forças nem sempre o conhecimento tem peso na definição de condutas.

Trabalhando com jovens escolares temos experimentado diferentes formas, métodos e técnicas de trabalho, buscando envolver os estudantes no processo de educação em saúde. As atividades de educação em saúde na escola, de modo geral, esbarram em algumas dificuldades de ordem estrutural e referencial que impõem limites para implementação de um trabalho mais abrangente e sistemático com a comunidade escolar. Salientamos dentre eles:

- O caráter esporádico do trabalho que limita a continuidade e o acompanhamento do processo evolutivo dos grupos: o profissional que atua é um “elemento externo” à comunidade escolar e realiza suas atividades num período determinado, retornando ao

trabalho com o mesmo grupo no semestre ou ano seguinte. Existe a dificuldade de envolver os professores no trabalho de conversar e discutir com os jovens sobre sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. A direção, supervisão e orientação educacional, bem como os professores solicitam que “elementos externos ao grupo” sejam os responsáveis pela “tarefa” de abordar estes temas, pois não têm conseguido motivar e capacitar elementos da comunidade escolar para assumir, em conjunto com o serviço de saúde, que realiza atividades de educação em saúde na escola a implementação de atividades de forma sistemática e contínua.

- O elevado número de estudantes por sala de aula (30 a 40 alunos) e a heterogeneidade de interesses no grande grupo dificultam certas abordagens. A heterogeneidade é inerente aos grupos sociais e para realização de atividades de educação em saúde, com grandes grupos, devemos levar em consideração os interesses dos jovens e como eles são manifestados, de acordo com critérios socioetários, de sexo, entre outros. Trabalhar com grupos, misturando faixas etárias, por exemplo, aumenta a heterogeneidade, pois a variedade de interesses não é contemplada no seu conjunto, e acreditamos, precisamos trabalhar de forma diferenciada. Este fato acaba, limitando o aprofundamento da atividade. Desta forma, as atividades de educação em saúde com grupos grandes e com faixas etárias diversificadas, organizados em função da normatização e dos problemas estruturais e organizacionais da escola, acabam restringindo e tornando os encontros apenas informativos. Se a atuação na escola não contemplar a abordagem das especificidades dos grupos, fundamentais para o aprofundamento do debate e a motivação dos escolares, a atuação acabará, contribuindo para mantermos simplesmente uma série de informações disponíveis,

circulantes no ambiente escolar, mas que, de fato, os jovens não se apropriam delas. Sem a decodificação pessoal e grupal destas informações não haverá a possibilidade de transformá-las em atitudes de proteção contra a gravidez indesejada e/ou o risco de contaminação sexual pelo vírus HIV entre outras atitudes preventivas e de autocuidado que poderiam vir a ser despertadas.

- Interferência ou “intromissão” nos períodos de aula regular dos professores. Geralmente, atuamos dentro do período de aula de um professor, reduzindo a carga horária que ele tem para desenvolver seus conteúdos. O tempo é reduzido para o professor e para nós desenvolvermos as atividades a que nos propomos. O número de encontros também são insuficientes para desenvolver reflexivamente assuntos que geralmente são polêmicos. O fato citado de não conseguirmos adesão dos professores para trabalharmos conjuntamente estes temas, implica ausência de um espaço que propicie aos alunos a continuidade das discussões, na medida de suas necessidades.

Essas dificuldades precisam ser superadas pelo esforço conjunto do serviço de saúde e do corpo docente da escola, pois as questões que os jovens expressam sobre sexualidade, tendo elas relação com a AIDS ou não, precisam encontrar um espaço em que possam ser debatidas. Na maioria das vezes, o espaço de discussão se dá fora do círculo familiar ou fora da relação dos jovens com adultos e as informações nem sempre são as mais apropriadas.

A qualidade da relação pedagógica e as questões que preocupam os estudantes são mais importantes que a especialidade e o detalhamento dos conteúdos programáticos. Nesta relação pedagógica com qualidade, o professor precisa ser um interlocutor que propicia uma comunicação verdadeira. O que geralmente encontramos, quando a relação

pedagógica não é boa, são informações que são divulgadas sem a preocupação de responder às necessidades e ansiedades dos jovens. É a comunicação na lógica de “fazer medo”. Neste sentido, a comunicação se perde, ela não se completa, muitas vezes, fica centrada em lições de moral.

A Escola é um espaço fundamental para a promoção e prevenção da saúde e pode contribuir com o processo educativo destes jovens e de sua família, à medida que através da informação e reflexão pode compensar o acesso desigual as informações advindos das diferenças sócio-culturais, através de um trabalho sistemático e integrado com os alunos e suas famílias. Ela pode, por exemplo, viabilizar um posicionamento coletivo face à existência da epidemia da AIDS.

Os profissionais da saúde tem um papel importante nesse campo tanto no trabalho direto com os jovens quanto na capacitação do grupo de professores e de pais, formando redes para troca de informações e criando espaços para o dialogo sobre esses temas como solicitam os jovens.

Para a Escola cumprir seu papel é fundamental a capacitação do grupo de professores de uma forma sistemática e contínua para que se sintam em condições de abordar esses temas que exigem conhecimento, dinamismo e, sobre os quais, o interlocutor precisa ter a preocupação em poder ajudar os jovens nas suas dificuldades, tendo clareza dos objetivos e dos meios de que dispõe.

O governo Brasileiro tem concentrado sua política de prevenção da AIDS em treinamento de multiplicadores, onde cada instituição envia um representante que recebe a capacitação em um local distante da sua realidade de trabalho. Ao retornar o professor vem com uma excelente bagagem pessoal e as vezes consegue realizar algumas

modificações nas suas práticas, mas não consegue espaço institucional sequer para repassar as informações da capacitação, levando o grupo a refletir sobre a aplicabilidade dos novos conhecimentos a realidade da Escola.

Na maioria dos casos esse professor “solitário” na sua instituição acaba se desestimulando e a multiplicação não acontece. Na melhor das hipóteses passa a trabalhar esporadicamente junto a profissionais da saúde que também realizam atividades esporádicas na Escola.

Acreditamos que a capacitação dos professores para que se tornem multiplicadores de ações de educação em saúde deva ser realizada de forma sistemática, descentralizada, próxima a realidade local, propiciando a reflexão sobre os condicionantes pessoais e institucionais que tem dificultado e/ou inviabilizado o investimento neste tipo de trabalho.

No processo educativo, quando um jovem e um adulto falam da sexualidade, a troca não se reduz jamais aquela informação. No espaço da comunicação que se instaura estão presentes, de maneira consciente ou não, as crenças e atitudes do interlocutor em relação a sexualidade. Este terreno não é neutro, afetivamente, e a possibilidade de diálogo depende de como concebemos e vivenciamos estas questões e das dinâmicas sociais e familiares neste domínio. É necessário e importante que cada jovem possa encontrar seu interlocutor, com o qual possa discutir suas preocupações íntimas.

O grupo de amigos, geralmente, presta-se a esse papel e permite a intercomunicação de experiências, visões de sexualidade, de crenças e de preocupações. O grupo tem um papel importante porque os jovens se sentem à vontade para debater suas preocupações verdadeiras, confrontar seus saberes, suas curiosidades e suas experiências. Os amigos

preenchem um espaço que a família não preenche, porque na relação com o grupo de pares se misturam outras questões relativas a sua identidade e liberdade de expressão. No entanto, eles, muitas vezes, procuram um ponto de vista profissional para saber aspectos científicos e sociais que não encontram, nem na família, nem com seus pares, como refere Débora (14 anos): *“Eu tenho muitas dúvidas, sabe?... às vezes, eu tinha vontade de chegar, assim, num posto e pedir para alguém conversar, mas eu ficava com vergonha, né? Sozinha, assim, sabe?”*.

Acreditamos que todas as iniciativas que favoreçam a expressão dos jovens, tanto no domínio da sexualidade quanto da AIDS, devam ser facilitadas e apoiadas. A relação parental, os amigos e os profissionais da saúde não se excluem e existe a necessidade da participação de todos na discussão destes temas.

A criação de espaços para discussão entre amigos e/ou namorados, sobretudo, o que diz respeito à relação amorosa suscita o interesse de meninos e meninas. Esta possibilidade de poder falar e trocar diferentes visões do amor, contextualizando o sexo no plano afetivo, permite aos jovens construir atitudes preventivas, muito mais do que aulas com instruções técnicas sobre o uso do preservativo.

O quadro da doença, no País, é complexo e vem exigindo uma atuação, na área de educação e da saúde, que ainda não estamos preparados. O trabalho de educação e prevenção da AIDS, envolve questões complexas que, vão além, do entendimento, das características epidemiológicas da doença. Esta problemática envolve questões vinculadas ao exercício da sexualidade, as influências do grupo social em que estamos inseridos, ao acesso à informações sobre a doença e ao preconceito decorrente da significação que atribuímos a ela.

Acreditamos, que a atuação na luta contra a AIDS não pode ficar restrita, a área da saúde ou a área de educação, ela requer multisetorialidade, interdisciplinaridade, solidariedade e parceria com toda a sociedade.

ABSTRACT

Love and dating interest me, AIDS, not so much! Social Representations of AIDS among youngsters of a Porto Alegre's state primary school is a study of the exploratory-descriptive kind, which uses the theoretico-methodological approach the Notion of Social Representations enables. Its objective is to identify and understand Social Representations of AIDS in schoolchildren's universe, as well as their attitudes concerning the risk of the HIV virus contamination and the factors that guide them. The studied population was of 145 youngsters aged from 10 to 16, who were 5th- and 8th- graders of a state school. They live in popular neighbourhoods of low and middle purchasing power, benefiting from basic conditions of housing, sanitation and urban infrastructure, in the east of Porto Alegre. The data were obtained through the application of questionnaires, free-association techniques and interviews. A plural methodology was used to combine dynamic and structural approaches to Social representation. AIDS is not the subject which interests and concerns correspond to affective relationship with their pairs and the body changes this age group undergoes. It can be stated from the results that almost all of the youngsters have already some information on AIDS, and the places referred to most were the school, the home or the TV. The youngsters represented AIDS as a deadly disease, transmitted by sex, caused by virus which bring about sadness and fear, which, however, can be avoided by the use of condoms. Most of the interviewees had a fair knowledge of how it is transmitted and how one can protect one self against it. They did not know the biological machinery of the illness end up having. One third knew about healthy bearers of the illness and the possibility of treatment. As to their attitudes concerning risk and contamination, they changed according to age and sex and they considered themselves more involved in the 13-16 age group. The need of an affective educational process regarding health as well as the importance of knowledge of the illness are pointed out, but knowledge acquisition is not thought to be enough for the adoption of preventive conduct. The attitudes that may take shape in preventive behaviour depend on a lot of factors and are not limited to cognitive aspects only. The youngsters who took part in this research provided data that indicate the complexity of the theme approached and the need to make our pedagogical practice in health education adequate.

RESUMEN

El amor y el noviazgo me interesan, ¡la SIDA ni tanto así! Representaciones Sociales de la SIDA entre jóvenes de una Escuela del Estado de 1^{er} Ciclo de Porto Alegre es un estudio del tipo exploratorio-descriptivo que emplea el abordaje teórico-metodológico propiciado por la Noción de Representaciones Sociales. El objetivo es identificar y comprender las Representaciones Sociales de la SIDA en el universo de los jóvenes escolares, así como las actitudes ante el riesgo de contaminación por el virus HIV y las determinaciones que las orientan. La población estudiada fue de 145 jóvenes, entre 10 y 16 años de edad, estudiantes del 5° al 8° grado de una Escuela del Estado. Ellos residen en barrios populares con bajo y medio poder adquisitivo, con acceso a condiciones básicas de habitación, saneamiento y infraestructura urbana, en la región este de Porto Alegre. Los datos fueron obtenidos por aplicación de cuestionarios, de técnicas de libre asociación y entrevistas. Empleamos una metodología plural, que se propuso a combinar los abordajes dinámico y estructural de las Representaciones Sociales. En este momento, la SIDA no es el tema que más les interesa a estos jóvenes. Sus intereses y preocupaciones corresponden a las relaciones afectivas con sus parejas y a las transformaciones corporales que experimentan en esta edad. Entre los resultados, podemos afirmar que casi todos los jóvenes recibieron alguna información sobre la SIDA y los sitios más mencionados fueron la escuela, los hogares y por la TV. Los jóvenes representan la SIDA como una enfermedad mortal, transmitida por el sexo, causada por un virus y que provoca tristeza y miedo, pero puede ser evitada por el uso del condón. La mayoría de los entrevistados dispone de conocimientos medianos, tanto sobre la transmisión como sobre las formas de protección de la SIDA: ellos no conocen los mecanismos biológicos de la enfermedad, pero la imagen de deterioro físico a que un enfermo puede llegar. Un tercio de ellos sabe de la existencia de portadores sanos de la enfermedad y de la existencia de terapéutica. Sobre las actitudes en relación al riesgo de contaminación, ellas cambian a razón de la edad y del sexo y los jóvenes se hallan más implicados entre los 13 y los 16 años de edad. Se apunta para la necesidad de un proceso efectivo de educación en salud y para la importancia del conocimiento sobre la enfermedad, pero se entiende que el acúmulo de conocimientos no basta para la adopción de conductas preventivas. Las actitudes que podrán configurarse en conductas preventivas dependen de muchos factores y no se resumen a los aspectos cognitivos. Los jóvenes de esta pesquisa dan elementos que apuntan para la complejidad de este tema y la necesidad de ajustarnos nuestras prácticas pedagógicas en educación para la salud.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- ABRIC, J.-C. **Pratiques Sociales et représentations**. Paris: PUF, 1997.
- _____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira, A. S. P; Oliveira, D.C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998, p. 27-38.
- AERTS, Denise. Falar em AIDS é falar da vida. **Revista da I Conferência Municipal de DST/AIDS**, Porto Alegre, v.1, p. 24-26, abr., 1998.
- AYRES, J. R. de C. M. **Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas: HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes**. São Paulo: Programa de Capacitação e Desenvolvimento de Projetos da Fundação MacArthur, 1996, (mimeo).
- BARCELOS, L. B. Boas vindas. **Revista da I Conferência Municipal de DST/ AIDS**, Porto Alegre, v.1, p.2, abr., 1998.
- BAENINGER, R. Juventude e movimentos migratórios no Brasil. In: CNPD. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998, p.21-70.
- BÉRIA, J. (org.). **Ficar, Transar...: a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. AIDS. v. 9, n. 6, 1997a.
- _____. Coordenação Nacional DST e AIDS. **Simpósio satélite**. A epidemia da AIDS no Brasil: situação e tendências. Brasília, 1997b.
- _____. **Boletim Epidemiológico**. AIDS. V.11, n.2, 45 p., março/maio, 1998a.
- _____. Coordenação Nacional DST e AIDS. **AIDS no Brasil um esforço conjunto-Governo - Sociedade**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998b.
- _____. **Boletim Epidemiológico**. AIDS. v.1, n.1, 56 p., dez./fev., 1999.

- BRITO, M. R. V. AIDS em Porto Alegre: perfil e números. In: **Revista da I Conferência Municipal de DST/AIDS**, Porto Alegre, v.1, p.21 – 23, abr., 1998.
- CAMARANO, A. A. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: CNPD. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998, p.109-134.
- CAMARGO, B. V. Representações sociais do preservativo e da AIDS: spots publicitários escritos por jovens à televisão francesa. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. C. **AIDS e representações sociais: à busca de sentidos**. Natal: EDUFERN, 1998a, p.155-174.
- _____. **A noção de representação social e sua contribuição para pesquisas na área da saúde**, Porto Alegre:UFRGS/Curso de Mestrado em Enfermagem, curso ministrado na Escola de Enfermagem, dez., 1998b. Anotações do curso (mimeo).
- _____. **Estudo do conhecimento, das atitudes e dos aspectos de comunicação relativos a prevenção da AIDS dos estudantes das 3^{as} séries da Escola Técnica Federal de Santa Catarina**. Florianópolis: UFSC/Laboratório de Psicossociologia da Comunicação e da Cognição Social, 1998c, Relatório técnico de pesquisa.
- CASTILHO, E. A. de; SZWARCOWALD, C. L. Mais uma pedra no meio do caminho dos jovens brasileiros: a AIDS. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998, p.197-207.
- COLOGNESE, S. A.; MÉLO, J. L. B. de. A técnica de entrevista na pesquisa social. In: NEVES, C. E. B., CORRÊA, M. B. (orgs.). **Pesquisa social empírica: métodos e técnicas**. Cadernos de Sociologia/ Programa do Pós-Graduação em Sociologia, Porto Alegre, v.1, n.9, p.143-160, 1998.
- COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Os jovens no Brasil: diagnóstico nacional**. Brasília: CNPD, 1998a.
- _____. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998b.
- COHN, A. Considerações acerca da dimensão social da epidemia de HIV/Aids no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST e AIDS. **Simpósio Satélite: A epidemia da AIDS no Brasil. Situação e Tendências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997
- CORTES, S. M. V. Técnicas de coleta e análise qualitativa de dados. In: NEVES, C. E. B., CORRÊA, M. B. (orgs.). **Pesquisa social empírica: métodos e técnicas**.

- Cadernos de Sociologia/ Programa do Pós-Graduação em Sociologia, Porto Alegre, v.1, n.9, p.11- 47, 1998.
- FERREIRA, S. R. S.; COSTA, M. (Orgs.). **Relatório do diagnóstico de saúde das Comunidades Coinma e Vila Margarita**. Porto Alegre: Unidade Coinma/ Divisão de Saúde Comunitária, 1995. Relatório de pesquisa (mimeo).
- FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário de língua portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Censo Demográfico**, 1991.
- _____. **Normas de apresentação tabular**. 3 ed., Rio de Janeiro:IBGE, 1993. 62 p.
- _____. **Anuário Estatístico do Brasil**, Rio de Janeiro:IBGE, 1995.
- _____. **Tabulações especiais da PNAD**, Rio de Janeiro:IBGE, 1996
- GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.) **Textos em representações sociais**. 4 ed., Petrópolis, RJ: Vozes. 1998, p. 63-88.
- GOLDIM, J.R. **Pesquisa em Saúde: leis, normas e diretrizes**. 2 ed. Porto Alegre:HCPA / Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, 1995.
- JOVCHELOVITCH, Sandra. **Representações sociais: avanços e tendências**. In: Encontro Científico da Pós-Graduação da Psicologia, Porto Alegre:PUC/RS, set.,1996 (mimeo).
- _____. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. In GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.) **Textos em representações sociais**. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 1998, p. 63-88.
- JODELET, D. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. In MOSCOVICI, S. (Org.). **Psicología social II**. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós Ibérica, 1986, p. 469-494.
- _____. (Ed.) **Les représentations sociales**. Paris:PUF, 1989.
- JODELET, D.; MADEIRA, M. C. **AIDS e representações sociais: à busca de sentidos**. Natal: EDUFERN, 1998.

- LAGE, Elizabeth. **Reactions face au Sida em CM2 ety au college**. Paris: Ecole des Hautes Etudes em Sciences Sociales, Laboratório de Psychologie Sociale. Rapport de recherche anrs, 1996.
- _____. A representação da AIDS para pré-adolescentes. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. C. **AIDS e representações sociais: à busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998, p.73-88.
- LEAL, O. F.; RIETH, F. Ficar, namorar: desvendando práticas e representações adolescentes sobre sexualidade. In BÉRIA, J. (org.). **Ficar, Transar...: a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998.p27-36.
- LEVISKY, David Léo. **Adolescência e violência: conseqüências da realidade brasileira**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LIMA, M. L. P de. Atitudes. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993, p. 167- 199.
- LOPES, M.J.M.; FERREIRA, S.R.S.; MALERBA, H. **Sexualidade e anticoncepção: compartilhando diferentes visões e construindo novos conceitos e abordagens - uma proposta para adolescentes de ambos os sexos**. Porto Alegre, 1996, Projeto integrado do núcleo GENST/EEUFRGS e Unidade Coinma/DSC-GHC (mimeo.).
- LOPES, M.J.M.; FERREIRA, S.R.S.; MARTINS, L.R. **As representações sociais e os aspectos sociocognitivos da prevenção da AIDS entre jovens escolares**. Porto Alegre,1998, Projeto integrado do núcleo GENST/EEUFRGS e Unidade Coinma/DSC-GHC (mimeo.).
- LOYOLA, M. A. (org.). **AIDS e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, 1994.
- MADEIRA, M. C. A confiança afrontada: representações sociais da Aids para jovens. in JODELET, D.; MADEIRA, M. C. **AIDS e representações Sociais: à busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998, p.47-72.
- MELLO JORGE, M. H. P. de. Como morrem nossos jovens. In COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998, p.209-289.
- MEYER, D. E. E. (org.). **Saúde e sexualidade na escola**. Porto Alegre: Mediação, 1998.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996

- MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de. (orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia:AB, 1998.
- MOSCOVICI, S. **Psicología Social I**. Influencia y cambio de atitudes. Individuos y grupos. 2 ed.Barcelona: Paidós Ibérica,1991.
- _____. **Psicologia Social II**. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós Ibérica, 1986.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MUGNY, G.; PAPASTAMOU, S. Los estilos de comportamiento y su representacion social. In: MOSCOVICI, S. **Psicologia Social II**. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós Ibérica, 1986, p.507-534.
- NEVES, C. E. B., CORRÊA, M. B. (orgs.). **Pesquisa social empírica: métodos e técnicas**. Cadernos de Sociologia/ Programa do Pós-Graduação em Sociologia, Porto Alegre,v.1, n.9, 1998.
- OLIVEIRA, J de C. et al. Evolução e características da população jovem no Brasil. In: CNPD. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília:CNPD, 1998, p.7-19.
- OLIVEIRA, D. L. de. Sexo e saúde na escola: isto não é coisa de médico? In: MEYER, D. E. E. (org.). **Saúde e sexualidade na escola**. Porto Alegre: Mediação, 1998, p. 97-110.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud del adolescente y el joven en las Americas**. Publicacion Cientifica, Whashington, n. 489, 1985.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **SIDA: La epidemia de los tiempos modernos**. Washington: OPS/OMS, 1993.
- OSÓRIO, L. C. **Adolescente hoje**.Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- OUTEIRAL, J. O. **Adolescer: Estudos Sobre Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- PARKER, R. G. Aspectos Antropológicos da Epidemia do HIV/AIDS no Brasil. In BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST e AIDS. **Simpósio satélite**. A epidemia da Aids no Brasil: situação e tendências. Brasília, 1997.

- PEREIRA, Luiza Helena. A análise de conteúdo: um approach do social. In: NEVES, C. E. B., CORRÊA, M. B. (orgs.). **Pesquisa social empírica: métodos e técnicas.** Cadernos de Sociologia/ Programa do Pós-Graduação em Sociologia, Porto Alegre, v.1, n.9, p. 87-114, 1998.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 3 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. Sistema de Informação sobre mortalidade, 1996. **Prá- saber:** informações de interesse à saúde. V.2, n.1, p.1-82, 1997.
- PORTO ALEGRE Secretaria Municipal da Saúde. Sistema de Informação sobre mortalidade, 1997/1998. **Prá- saber:** informações de interesse à saúde. V.4, n.1, p.1-154, 1999.
- RIETH, Flávia. Amor e sexualidade. In BÉRIA, J. (org.). **Ficar, Transar...: a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998. p. 15-26.
- SÁ, C. P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink, M.J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano:** as representações na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.
- _____. **Núcleo Central das representações Sociais.** Petrópolis: Vozes, 1996.
- SCOTT, J. **Genre une catégorie utile d'analyse historique.** Le genre de l'histoire. Paris, Cahiers du Grif 37-38, tiercé, 1988.
- SOUZA FILHO, E. A. Análise de representações sociais. In: Spink, M.J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano:** as representações na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense. 1993. p. 109-145.
- SUÁREZ OJEDA, E. et al. Adolescência y Juventude: aspectos demográficos y epidemiológicos. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD . **La salud del adolescente y el joven en las Americas.** Publicacion Cientifica, Whashington, n. 489, 1985.
- TEIXEIRA, ^a M. F. B.; BORGES, C. M. F. A prevenção da AIDS nas escolas e o papel dos professores. In: BÉRIA, J. (org.). **Ficar, Transar...: a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998.

- TRAVASSOS, C.e LEBRÃO, M. L.. Morbidade Hospitalar nos Jovens. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998, p.165-196.
- TURA, L. F. R. AIDS e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. C. **AIDS e representações sociais**: à busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998, p.121- 154.
- UNGLERT, C. V. de S. Territorialização em Sistemas de saúde. In TEIXEIRA, C.F.; MELO C. (orgs.). **Construindo Distritos Sanitários**: a experiência da cooperação Italiana no Município de São Paulo. São Paulo-Salvador: HUCITEC, 1995.
- VERGÈS, P. L' évocation del'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. **Bulletin de Psychologie**, Marseille, v.XLV, n.405, p.203-209, 1991-1992.
- WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de. (orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia:AB, 1998.

ANEXOS

ANEXO A

ESTUDO COM ALUNOS DE 5ª A 8ª SÉRIE DE UMA ESCOLA ESTADUAL DE ENSINO FUNDAMENTAL DE PORTO ALEGRE

Responda às questões abaixo não precisa se identificar.
A identidade dos participantes ficará em segredo.

DATA: ____/____/____

SÉRIE: _____

IDADE: _____

SEXO: () FEMININO () MASCULINO

1-Você já recebeu alguma informação sobre AIDS?

() sim () não

1.1 Onde: _____

1.2 Quem informou: _____

2-Você alguma vez teve relações sexuais (transou – fez sexo) ?

() SIM () NÃO

3- Se você já teve relações sexuais em que idade aconteceu a primeira vez ?

R.: _____anos

ANEXO B
QUESTIONÁRIO

DADOS DAS FAMÍLIAS DOS ALUNOS DE 5ª A 8ª SÉRIES DE UMA ESCOLA
ESTADUAL DE ENSINO FUNDAMENTAL

Responda as questões abaixo sem se identificar, as informações são sigilosas.

DATA: ___/___/___ **SÉRIE:** _____ **IDADE:** _____ anos **SEXO:** _____

1- BAIRRO OU RUA ONDE MORA: _____

2- VOCÊ MORA EM CASA PRÓPRIA: () SIM () NÃO

3- SEUS PAIS VIVEM (MORAM) JUNTOS ? () SIM () NÃO

4-INFORMAÇÕES SOBRE SUA MÃE

IDADE: _____ anos PROFISSÃO: _____

TRABALHA FORA: () NÃO () SIM

ELA ESTUDOU ATÉ A _____ série

5-INFORMAÇÕES SOBRE SEU PAI

IDADE: _____ anos PROFISSÃO: _____

TRABALHA FORA: () NÃO () SIM

ELA ESTUDOU ATÉ A _____ série

6- QUANTOS IRMÃOS VOCÊ TEM? _____

7- QUANTAS PESSOAS MORAM NA SUA CASA? _____

8- VOCÊ JÁ OBSERVOU SE SEUS PAIS TÊM HÁBITO DE:

LER JORNAIS () SIM () NÃO

LER REVISTAS () SIM () NÃO

LER LIVROS () SIM () NÃO

ASSISTIR TV () SIM () NÃO

IR AO CINEMA () SIM () NÃO

9-A SUA FAMÍLIA POSSUI ALGUM CONVÊNIO DE SAÚDE ?

() SIM QUAL ? _____ () NÃO

10- ASSINALE QUAIS OS EQUIPAMENTOS ABAIXO A SUA FAMÍLIA POSSUI ?

FOGÃO () SIM () NÃO

GELADEIRA () SIM () NÃO

TELEVISÃO () SIM () NÃO

RÁDIO () SIM () NÃO

MÁQUINA DE LAVAR ROUPA () SIM () NÃO

MICRO-ONDAS () SIM () NÃO

CARRO () SIM () NÃO

TELEFONE () SIM () NÃO

ANEXO C
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DIVISÃO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GHC
UNIDADE COINMA

Porto Alegre, outubro de 1999.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO*

Senhores Pais ou Responsáveis:

A AIDS é uma doença, causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e até o momento, não tem cura e nem vacina. A única arma que possuímos para combatê-la é a prevenção. O crescimento da doença tem sido divulgado pelos meios de comunicação e a maioria dos casos, no Brasil, tem ocorrido em pessoas entre 20 e 34 anos. A doença demora em se manifestar, provavelmente, na maioria dos casos, a contaminação aconteça na adolescência e no início da vida adulta. Nesse sentido através do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da UFRGS, estou desenvolvendo uma pesquisa com objetivo de conhecer o que os jovens escolares de 1º grau, na faixa etária de 10 a 16anos, da Escola, sabem sobre a AIDS, quais são seus sentimentos, opiniões, valores e atitudes diante da doença.

Este estudo sobre AIDS foi autorizado pela direção da Escola e pretendemos, no futuro, subsidiar os trabalhos que desenvolvemos nesta escola através do posto de saúde Coinma. Para isso solicitamos a autorização dos pais, mães ou responsáveis para que seus filhos participem do estudo, pelo preenchimento de um questionário anônimo (o jovem não será identificado de forma nenhuma) e de uma entrevista (36 alunos foram sorteados), na escola, em horários previamente combinados com os professores e direção. As entrevistas serão gravadas e transcritas, garantindo o caráter confidencial das informações recebidas, não tendo nenhum tipo de implicação legal que possa trazer prejuízos aos estudantes junto à escola. Os participantes serão esclarecidos quanto a quaisquer dúvidas durante o seu desenvolvimento podendo recusar-se a responder qualquer pergunta, bem como se retirar da pesquisa em qualquer uma de suas etapas. Também, terão acesso aos resultados finais do estudo.

Atenciosamente ,

Sandra Rejane Soares Ferreira
Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva
Mestranda em Enfermagem pela E.E.UFRGS

Em, ___/ ___/ ____, Autorizo a participação de :

Na pesquisa **AIDS: Representações Sociais de jovens escolares de 5ª à 8ª séries de uma Escola Estadual de 1º Grau de Porto Alegre/RS**, podendo preencher questionário e participar da entrevista gravada.

Nome e assinatura do Pai, Mãe ou Responsável

* Modelo baseado no instrumento apresentado por Jorge Beria em: BERIA, J. **Ficar, Transar...** a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS. Porto Alegre: Tomo editorial, 1998,p.224.

ANEXO D

GUIA PARA ENTREVISTAS DOS JOVENS ESCOLARES SOBRE AIDS

Nome (pseudônimo escolhido):

Idade:

Turma:

Eu gostaria que você falasse um pouco de si e da sua família (onde e com quem moras,etc.)

O que costuma fazer ? as coisas de que gostas? o que pretendes fazer no futuro ?

O que você achou de ter sido sorteado(a) para participar desta pesquisa e falar sobre AIDS?.

Você já conversou com alguém sobre AIDS ? Onde e com quem?

Você já conversou com alguém em casa /família sobre AIDS ?

Você já recebeu informações sobre AIDS ? Onde e com quem ?

Você já conheceu alguém com AIDS?

O que você sabe sobre AIDS ?

Como se pega/transmite a AIDS ?

Se você fosse conversar com um jovem sobre AIDS: o que você diria para ele, como você acha que os jovens podem enfrentar a AIDS,hoje ?

Você já namorou alguém ? Tem namorado(a) no momento ? Há quanto tempo ?

Vocês já pensaram alguma vez em transar?

Na tua opinião de que forma um jovem deveria começar a sua vida sexual?

O que você pensa a respeito da doença e do que a gente conversou ?

Que duvidas, perguntas ou curiosidades você tem sobre o assunto?

